
BARÈME A

TAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE

Ce document présente un résumé des pratiques établies et du barème de taux utilisé par la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) pour évaluer tous les types de déficience permanente, à l'exception de la perte auditive.

Date de la version : 1^{er} janvier 2023

(Pour la perte auditive, consultez le Barème B)

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION AU BARÈME.....	1
2.	MÉTHODES DE CALCUL DES TAUX.....	1
2.1	Catégories.....	1
2.2	Établir une déficience d'amplitude des mouvements	2
2.3	Méthode pour établir le taux de multiples blessures.....	2
2.4	Conditions préexistantes et troubles concomitants	2
2.5	Définitions.....	3
3.	DÉFICIENCES ÉVALUABLES DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES.....	5
3.1	Extrémité supérieure : Perte de mouvement.....	5
3.2	Extrémité supérieure : Méthodologie pour déterminer le taux de déficience lié à la perte d'amplitude des mouvements.....	5
3.2.1	Mesure.....	5
3.2.2	Méthodologie	5
3.3	Extrémité supérieure : Taux de déficience maximum	6
3.4	Extrémité supérieure : Multiples blessures– Méthode pour appliquer un facteur d'amplification.....	6
3.4.1	Exemple : Amplification.....	7
3.5	Extrémité supérieure : Amplitude anticipée du mouvement guidé actif lorsque la comparaison symétrique n'est pas possible	8
3.6	Extrémité supérieure : Déficience découlant d'autres blessures.....	9
3.6.1	Amputations.....	9
3.6.2	Dénervation.....	9
3.6.3	Déficiences vasculaires	9
3.7	Extrémité supérieure : Doigts, pouce et main	10
3.7.1	Déterminez le diagramme de main à utiliser	10
3.7.2	Amputations :	10
3.7.3	Perte de mouvement :	11
3.7.4	Doigts et main : amplitude anticipée du mouvement guidé actif lorsque la comparaison symétrique n'est pas possible.....	12
3.7.5	Exemple 1 : Amputation de doigts.....	13
3.7.6	Exemple 2 : Amputation du doigt et perte de mouvement.....	14
3.7.7	Amputations de la main.....	16
3.7.8	Exemple 3 : Amputation de la main	16
3.7.9	Diagrammes de la main	17
4.	EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : DÉFICIENCE DE MOBILITÉ	20
4.1	Extrémité inférieure : Perte de mouvement	20

4.2	Extrémité inférieure : Méthodologie pour déterminer l'amplitude des mouvements.....	20
4.2.1	Mesure.....	20
4.2.2	Méthodologie	20
4.3	Extrémité inférieure : Taux de déficience maximum	21
4.4	Extrémité inférieure : Multiples blessures – Méthode pour appliquer un facteur d'amplification	21
4.5	Extrémité inférieure : amplitude anticipée du mouvement lorsque la comparaison symétrique n'est pas possible.....	22
4.6	Extrémité inférieure : Déficience découlant d'autres blessures	23
4.6.1	Amputations.....	23
4.6.2	Instabilité du genou.....	24
4.6.3	Raccourcissement anatomique de la jambe.....	24
4.6.4	Dénervation.....	24
4.6.5	Déficiences vasculaires	24
5.	COLONNE VERTÉBRALE.....	25
6.	RÉGION PELVIENNE.....	26
7.	SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL	26
8.	MÂCHOIRE.....	26
9.	MUTILATION	27
10.	APPAREIL REPRODUCTEUR ET URINAIRE.....	27
10.1	Perte de gonades et stérilité.....	27
11.	SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE.....	27
12.	SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL	28
13.	DÉFICIENCE DES SENS.....	28
13.1	Sens de l'odorat.....	28
13.2	Déficience visuelle.....	28
13.3	Perte partielle de la vision	29
13.4	Perte d'accommodation oculaire.....	29
13.5	Tableaux de déficience permanente liée à la perte de la vision dans un œil ou dans les deux yeux, après correction	30
14.	PERTE AUDITIVE	31
15.	MALADIE DE RAYNAUD (SYNDROME DU DOIGT MORT CAUSÉ PAR LA VIBRATION)	31
16.	SYSTÈME NERVEUX.....	31
16.1	Moelle épinière – Cerveau.....	31
16.2	Système nerveux : Présentation et démarche	32
16.3	Système nerveux : Extrémités supérieures.....	32
16.4	Système nerveux : Fonction de l'appareil urinaire.....	32

16.5	Système nerveux : Fonction ano-rectale	32
16.6	Système nerveux : Fonction sexuelle.....	33
16.7	Système nerveux : Vertiges posturaux.....	33
17.	CERVEAU.....	34
17.1	Syndrome cérébral organique.....	34
17.2	Troubles neurologiques épisodiques (crises)	34
17.3	Dénervation	35
17.4	Syndrome de Horner	35
18.	INFARCTUS DU MYOCARDE – TAUX DE DÉFICIENCE	36
19.	MALADIES RESPIRATOIRES (MALADIES RESPIRATOIRES PROFESSIONNELLES) – TAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE.....	38
20.	Santé mentale – Taux de déficience.....	43
20.1	Points de base à considérer :.....	44
20.2	Méthode :	45
20.3	Étape 1 : Échelles abrégées d’appréciation psychiatrique	46
20.4	Étape 2 : Échelle d’évaluation globale du fonctionnement	48
20.5	Étape 3 : Échelles d’évaluation des troubles psychiatriques.....	50
20.6	Étape 4 : Déterminer le taux final de déficience en santé mentale	56
21.	APPENDICE A – DIAGRAMME DES VALEURS COMBINÉES.....	57
21.1	Exemple 1 : Diagramme des valeurs combinées	57
21.2	APPENDICE A – Diagramme des valeurs combinées – page un	59
21.3	APPENDICE A – Diagramme des valeurs combinées – page deux.....	60
21.4	APPENDICE A – Diagramme des valeurs combinées – page trois.....	61
22.	APPENDICE B – INDEX DES TABLEAUX	62

1. INTRODUCTION AU BARÈME

Le Barème de taux de déficience permanente (« barème A ») permet de déterminer le taux de déficience permanente (« taux ») de la fonction du corps entier (« déficience ») après une blessure en milieu de travail aux fins de calculer la prestation, conformément aux articles 4(9) et 38 de la *Loi sur les accidents du travail du Manitoba*.

Une déficience se définit comme un écart, une perte ou une perte de jouissance considérable d'une structure ou d'une fonction corporelle chez une personne ayant subi une blessure en milieu de travail ou une maladie professionnelle.

La déficience permanente découlant d'une blessure en milieu de travail ou d'une maladie professionnelle est évaluée pour les déficits suivants :

- la perte d'un membre;
- la perte de mobilité articulaire;
- la perte fonctionnelle d'un organe du corps identifié dans le barème; et
- un préjudice esthétique.

Une déficience est considérée comme étant permanente, à l'avis de la WCB, quand l'état à évaluer a atteint l'amélioration médicale maximale (AMM) (voir le paragraphe 2.5). Seule exception : les cancers professionnels terminaux pour lesquels l'évaluation de la déficience permanente aura lieu dès que possible après la pose du diagnostic.

La WCB évalue la déficience permanente par un examen médical du travailleur blessé ou par une révision des renseignements médicaux documentés dans le dossier de réclamation.

L'évaluation de la déficience permanente (« évaluation d'IPP ») permet d'établir un taux de déficience permanente (« taux d'IPP ») converti en une prestation financière pour déficience. Cette prestation est traditionnellement appelée une « allocation d'IPP » ou une « prestation d'IPP ».

2. MÉTHODES DE CALCUL DES TAUX

2.1 CATÉGORIES

Il existe deux catégories de taux d'IPP : 1) Taux du barème qui comprennent les taux mesurés et les taux estimés et 2) Taux hors barème. Les deux catégories donnent lieu à un taux d'IPP converti en une prestation d'IPP sur le plan administratif.

a. Taux mesurés :

- i. Les taux d'IPP mesurés sont déterminés par la WCB à l'aide d'une méthode de mesure spécifique, précisée dans le barème et ses appendices.

- ii. Selon le jugement

Les taux d'IPP estimés sont déterminés par la WCB en fonction du barème et de ses appendices lorsque l'altération de la fonction corporelle ne peut pas être évaluée à l'aide d'une méthode de mesure officielle, par exemple en situation de préjudice esthétique.

b. Taux hors barème :

La WCB peut appliquer des taux hors barème quand :

- i. l'observation stricte du barème de taux donnerait lieu à une injustice;
- ii. il est établi qu'il existe une déficience qui n'est pas couverte par le barème; ou
- iii. l'examen clinique ou l'évaluation du dossier médical ne permet pas à la WCB d'établir un taux de déficience valide.

Pour les taux hors barème, des renseignements tirés d'autres sources, notamment les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association (« Guides AMA »), peuvent être utilisés. En pareil cas, le taux de déficience doit être passé en revue et approuvé par le directeur responsable de la WCB ou la personne qu'il désigne. La WCB documentera le dossier et expliquera la raison du taux hors barème.

2.2 ÉTABLIR UNE DÉFICIENCE D'AMPLITUDE DES MOUVEMENTS

La WCB déterminera le taux de déficience pour une perte d'amplitude des mouvements découlant d'une blessure directe ou d'une intervention chirurgicale connexe par un examen clinique ou par une évaluation des renseignements médicaux inclus au dossier, en fonction de la perte de mouvements guidés actifs des articulations touchées.

Pour mesurer le taux de perte de mouvements à l'aide du barème (un « taux mesuré »), la WCB doit être convaincue que la sensation à la fin de l'amplitude du meilleur mouvement guidé actif atteint était valide.

2.3 MÉTHODE POUR ÉTABLIR LE TAUX DE MULTIPLES BLESSURES

Lorsqu'un travailleur blessé est atteint de plus d'une déficience, le taux d'IPP final est déterminé :

- a) s'il y a lieu, en répartissant le taux entre une condition préexistante ou un trouble concomitant et la blessure acceptée par la WCB (voir le paragraphe 2.4);
- b) s'il y a lieu, en appliquant un facteur d'amplification (voir les paragraphes 3.4 et 4.4); et
- c) en utilisant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A).

Le taux d'IPP final pour perte fonctionnelle d'une extrémité ne peut pas dépasser le taux d'IPP pour l'amputation de cette extrémité au niveau applicable.

2.4 CONDITIONS PRÉEXISTANTES ET TROUBLES CONCOMITANTS

La politique 44.10.20.10, *Conditions préexistantes*, définit une condition préexistante comme tout problème de santé dont le travailleur était atteint avant sa blessure en milieu de travail.

Le fait qu'un travailleur souffre d'une condition préexistante ne le rend pas inadmissible à une indemnisation pour sa blessure en milieu de travail.

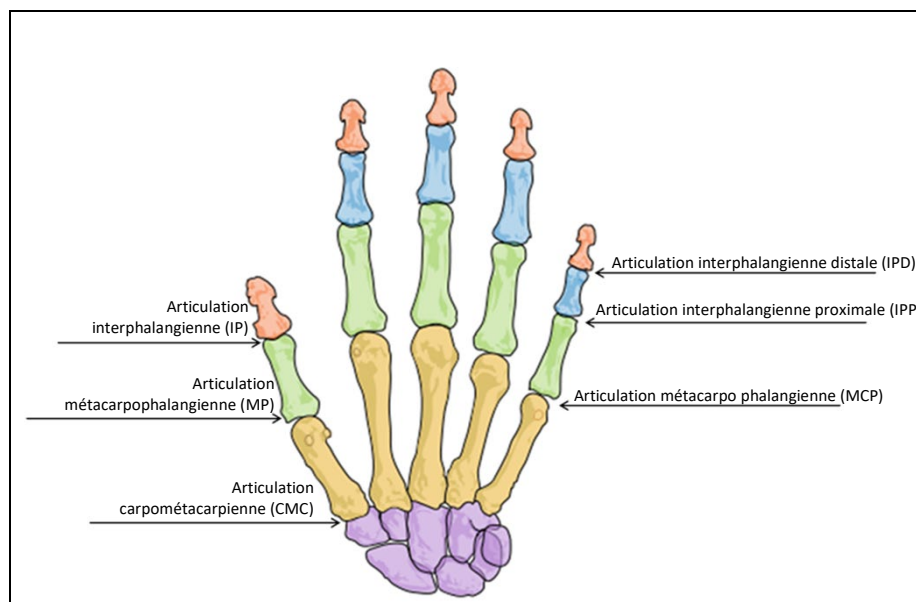
Si un travailleur est atteint d'une condition préexistante et que la WCB établit qu'il a subi une invalidité, le travailleur est admissible à un taux de déficience fondé sur la différence entre le taux total et le taux attribué pour la condition préexistante. La WCB attribuera un taux équitable à la condition préexistante en fonction des meilleurs renseignements disponibles.

Le degré de déficience d'un travailleur (taux de déficience) est déterminé par la WCB conformément à cette politique, aux barèmes A et B et à la politique sur les *conditions préexistantes*.

La présence d'un trouble concomitant sera traitée de la même manière qu'une condition préexistante lors de la détermination du taux de déficience. Un trouble concomitant est un problème de santé qui survient après la date de la blessure en milieu de travail.

2.5 DÉFINITIONS

- a. « amplitude des mouvements guidés actifs » – le candidat bouge la région à examiner par lui-même (mouvement actif), avec un mouvement dirigé par l'examineur, pour inclure une évaluation de la sensation à la fin de l'amplitude du mouvement.
- b. « membre bilatéral » – la même partie du corps de l'autre côté; par exemple, la main gauche est le membre bilatéral de la main droite. Les termes « symétrique », « inversé », « opposé » et « controlatéral » sont des synonymes de « bilatéral » dans ce barème.
- c. « sensation à la fin du mouvement » – la sensation transmise aux mains de l'examineur à l'extrémité de l'amplitude des mouvements de l'articulation. La sensation à la fin du mouvement variera selon l'articulation en raison de la limitation de structure ou de tissu à cette articulation particulière. Les types normaux de sensation à la fin comprennent os à os, à ressort et capsulaire.
- d. « sensation vide à la fin du mouvement » – l'absence d'une sensation de fin lors d'un examen de l'amplitude des mouvements.
- e. « amplitude attendue des mouvements » –
L'amplitude attendue des mouvements consiste en l'amplitude mesurée des mouvements actifs et guidés de l'articulation **symétrique non atteinte**. Cette valeur est comparée à l'amplitude mesurée des mouvements actifs et guidés du membre touché. La différence indique la perte d'amplitude des mouvements de l'articulation atteinte de blessure.
Lorsque l'articulation symétrique est rendue anormale en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, l'amplitude attendue des mouvements devient la valeur indiquée dans le barème. Par exemple, si le membre symétrique a été amputé, la WCB consultera le barème pour établir « l'amplitude attendue des mouvements quand la comparaison bilatérale n'est pas possible ». Cette valeur est comparée à l'amplitude mesurée des mouvements du côté touché. La différence indique la perte d'amplitude des mouvements de l'articulation atteinte de blessure.
- f. articulations des doigts et du pouce – les articulations MCP, IPP et IPD des doigts et les articulations CMC, MCP et IP du pouce, tels qu'elles sont illustrées dans le diagramme suivant :



- g. « amélioration médicale maximale » – le point de guérison, tel qu’il est déterminé par la WCB, où un problème de santé est bien stabilisé et peu susceptible de changer de façon considérable au cours de la prochaine année, avec ou sans traitement médical.
- h. « amplitude mesurée des mouvements » – l’amplitude des mouvements valide d’un membre blessé, déterminée par un examen.
- i. « barème ou barème A » – le présent document qui porte le nom officiel de « Barème A : taux de déficience permanente de la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) ».
- j. « Barème B » – le document qui porte le nom officiel de « Barème B : taux de déficience permanente pour perte auditive de la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) ».

3. DÉFICIENCES ÉVALUABLES DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

3.1 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : PERTE DE MOUVEMENT

La WCB déterminera le taux de déficience pour une perte d'amplitude des mouvements découlant d'une blessure directe ou d'une intervention chirurgicale connexe par un examen clinique ou par une évaluation des renseignements médicaux inclus au dossier, en fonction de la perte de mouvements guidés actifs des articulations touchées.

Pour mesurer le taux de perte de mouvements à l'aide du barème (un « taux mesuré »), la WCB doit être convaincue que la sensation à la fin de l'amplitude du meilleur mouvement guidé actif atteint était valide.

3.2 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER LE TAUX DE DÉFICIENCE LIÉ À LA PERTE D'AMPLITUDE DES MOUVEMENTS

3.2.1 MESURE

L'amplitude des mouvements actifs et guidés sera mesurée à l'échelon de 5 degrés le plus proche. Par exemple, une mesure de 60°, 61° ou 62° sera consignée comme une mesure de 60°; tandis qu'une mesure de 63°, 64° ou 65° sera consignée comme une mesure de 65°.

3.2.2 MÉTHODOLOGIE

TABLEAU 3-1 – MÉTHODE DE MESURE DE L'AMPLITUDE DES MOUVEMENTS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

Étape 1	Mesurez l'amplitude attendue des mouvements du côté symétrique non atteint. Consignez la mesure à l'échelon de 5° le plus près. Lorsque le membre symétrique est rendu anormal en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, prière de consulter le paragraphe 3.5 pour établir l'amplitude attendue des mouvements avant de poursuivre avec les étapes ci-dessous
Étape 2	Déterminez l'amplitude mesurée des mouvements du côté atteint de blessure. Consignez la mesure à l'échelon de 5° le plus près.
Étape 3	Déterminez la différence entre l'amplitude mesurée des mouvements et l'amplitude attendue des mouvements.
Étape 4	Multipliez la différence par le taux de déficience maximum pour le membre approprié, tel qu'il est indiqué au paragraphe 3.3
Étape 5	Le résultat est le taux d'IPP pour la perte d'amplitude des mouvements.

3.3 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : TAUX DE DÉFICIENCE MAXIMUM

TABEAU 3-2 – TAUX DE DÉFICIENCE MAXIMUM DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

<u>Partie du corps</u>	<u>Taux d'IPP maximum</u>
Épaule, ankylosée en position fonctionnelle	25,0 %
Coude, ankylosé en position fonctionnelle	20,0 %
Avant-bras, perte complète de pronation et de supination	10,0 %
Poignet, ankylosé en position fonctionnelle	12,5 %

3.4 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : MULTIPLES BLESSURES– MÉTHODE POUR APPLIQUER UN FACTEUR D'AMPLIFICATION

Le taux d'IPP peut être majoré par un facteur d'amplification pour tenir compte de la perte fonctionnelle en raison de blessures aux structures symétriques; par exemple, aux deux yeux (vision), aux deux oreilles (audition), aux deux poignets, à plusieurs doigts ou aux deux genoux. Le résultat est appelé le taux d'amplification.

Un facteur d'amplification est appliqué au taux de déficience pour les blessures impliquant les deux yeux (vision), les deux oreilles (audition) et plusieurs doigts. Il n'existe aucun facteur d'amplification entre des blessures impliquant le pouce et les doigts.

Pour appliquer un facteur d'amplification en lien avec une blessure articulaire, les critères suivants doivent être respectés :

1. Une blessure acceptée par la WCB a détérioré une articulation du corps;
2. L'articulation symétrique est aussi détériorée; et
3. L'articulation symétrique détériorée a été acceptée par la WCB sous la même réclamation à la WCB ou sous une autre réclamation à la WCB du Manitoba.

Lorsque les critères ci-dessus sont respectés, le taux de déficience pour chaque articulation symétrique est établi individuellement, puis le taux de déficience symétrique inférieur est multiplié par un facteur d'amplification de 50 %.

Le taux d'amplification obtenu est alors **combiné** aux autres taux de déficience attribués à la blessure en milieu de travail comme suit :

- Si le membre symétrique détérioré découle de la même réclamation, le taux d'amplification est combiné aux autres taux établis pour la même réclamation;
- Si le membre symétrique détérioré découle d'une autre réclamation à la WCB du Manitoba, le taux d'amplification est combiné aux autres taux de déficience établis dans la réclamation à la WCB du Manitoba la plus récente.

3.4.1 EXEMPLE : AMPLIFICATION

En raison d'une seule blessure en milieu de travail, un travailleur a subi une ankylose de l'articulation de l'épaule gauche et une désarticulation de l'épaule droite. Le taux de déficience total est déterminé comme suit :

	<u>Partie du corps atteinte de blessure</u>	<u>Taux d'IPP</u>
Étape 1	Ankylose à l'épaule gauche (voir le paragraphe 3.3, tableau 3-2 – Taux de déficience maximum des extrémités supérieures)	25,0 %
Étape 2	Désarticulation de l'épaule droite (voir le paragraphe 3.6.1, tableau 3-7 – Extrémités supérieures : amputations)	70,0 %
Étape 3	Amplification – Appliquez les critères 1. Y a-t-il présence d'une blessure acceptée par la WCB ayant détérioré une articulation du corps? Oui; et 2. L'articulation symétrique est-elle aussi détériorée? Oui; et 3. L'articulation symétrique détériorée a-t-elle été acceptée sous la même réclamation à la WCB ou sous une autre réclamation à la WCB du Manitoba? Oui. Puisque les critères ci-dessus sont satisfaits, le taux de la déficience moins grave est multiplié par 50 % pour obtenir le taux d'amplification. Dans ce cas, multipliez le taux de 25 % pour l'ankylose de l'épaule gauche par un facteur d'amplification de 50 %. Le résultat est un taux d'amplification de 12,5 %.	12,5 %
Étape 4	Le taux d'amplification de 12,5 est ensuite combiné aux autres taux de déficience attribués à la blessure en milieu de travail en appliquant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A).	81,0 %

3.5 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : AMPLITUDE ANTICIPÉE DU MOUVEMENT GUIDÉ ACTIF LORSQUE LA COMPARAISON SYMÉTRIQUE N'EST PAS POSSIBLE

Lorsque l'articulation symétrique est rendue anormale en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, l'amplitude attendue des mouvements est déterminée comme suit :

TABLEAU 3-3 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : ÉPAULE

<u>Épaule</u>	<u>Amplitude attendue des mouvements</u>
Flexion avant	150 ⁰
Extension arrière	40 ⁰
Abduction	150 ⁰
Adduction	30 ⁰
Rotation interne (mesurée avec une abduction à 90° de l'articulation de l'épaule sur le plan frontal).	40 ⁰
Rotation externe (mesurée avec une abduction à 90° de l'articulation de l'épaule sur le plan frontal).	90 ⁰

TABLEAU 3-4 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : COUDE

<u>Coude</u>	<u>Amplitude attendue des mouvements</u>
Flexion	150 ⁰
Extension	0 ⁰

TABLEAU 3-5 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : AVANT-BRAS

<u>Avant-bras</u>	<u>Amplitude attendue des mouvements</u>
Pronation	90 ⁰
Supination	90 ⁰

TABLEAU 3-6 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : POIGNET

<u>Poignet</u>	<u>Amplitude attendue des mouvements</u>
Flexion	90 ⁰
Extension	70 ⁰
Inclinaison radiale	20 ⁰
Inclinaison cubitale	30 ⁰

3.6 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : DÉFICIENCE DÉCOULANT D'AUTRES BLESSURES

3.6.1 AMPUTATIONS

TABLEAU 3-7 – EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES : AMPUTATIONS

<u>Partie du corps</u>	<u>Taux d'IPP</u>
Tiers proximal de l'humérus ou désarticulation de l'épaule	70 %
Tiers moyen de l'humérus	65 %
Tiers distal de l'humérus à l'insertion du biceps	60 %
Insertion du biceps au poignet (en fonction de l'utilité du moignon)	50 à 60 %

Un taux de déficience pour l'amputation comprend toute mutilation et toute perte de symétrie associées à la blessure.

3.6.2 DÉNERVATION

TABLEAU 3-8 – EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES : DÉNERVATION

<u>Partie du corps</u>	<u>Taux d'IPP</u>
Nerf médian, totale au coude	40 %
Nerf médian, totale au poignet	20 %
Nerf cubital, totale au coude	10 %
Nerf cubital, totale au poignet	8 %

3.6.3 DÉFICIENCES VASCULAIRES

Toute déficience découlant d'une blessure vasculaire à une extrémité supérieure sera mesurée conformément aux *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association (Guides AMA).

3.7 EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE : DOIGTS, POUCE ET MAIN

Aux fins du présent barème, le terme « doigt » est limité à l'index, au majeur, à l'annulaire et à l'auriculaire. Le pouce est considéré comme un membre à part et n'est donc pas un « doigt » dans ce document. Le terme « doigts de la main » englobe les doigts et le pouce.

Le taux pour l'amputation ou la perte de mouvement d'un doigt, d'un pouce ou d'une main suit un processus en quatre étapes :

1. déterminez le diagramme de main à utiliser (voir le paragraphe 3.7.1);
2. attribuez le pourcentage approprié à chaque articulation détériorée, du doigt de la main latéral (pouce) au doigt de la main médial (auriculaire);
3. additionnez les pourcentages pour chaque doigt de la main (de la phalange proximale à la phalange distale);
4. Combinez les valeurs pour chaque doigt de la main détérioré en utilisant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A).

Dans tous les cas de doigts de la main détériorés, travaillez de la phalange proximale à la phalange distale.

Un taux de déficience pour l'amputation comprend toute mutilation et toute perte de symétrie associées à la blessure.

3.7.1 DÉTERMINEZ LE DIAGRAMME DE MAIN À UTILISER

Si un seul doigt est touché, il faut utiliser le diagramme de la main pour un seul doigt.

Si plusieurs doigts sont touchés (amputation ou perte de mouvement), suivez ce processus :

1. Déterminez le diagramme de main à utiliser en comptant le nombre de doigts aux déficiences mesurables (par l'amputation ou par la perte de mouvement) au niveau de l'articulation MCP. Ensuite, pour toutes les étapes suivantes, rapportez-vous au diagramme de la main qui correspond à ce nombre au niveau de l'articulation MCP;
2. Comptez le nombre de doigts aux déficiences mesurables (par l'amputation ou par la perte de mouvement) au niveau ou à proximité de l'articulation IPP. Ensuite, pour toutes les étapes suivantes, rapportez-vous au diagramme de la main qui correspond à ce nombre au niveau de l'articulation IPP;
3. Comptez le nombre de doigts aux déficiences mesurables (par l'amputation ou par la perte de mouvement) au niveau ou à proximité de l'articulation IPD. Ensuite, pour toutes les étapes suivantes, rapportez-vous au diagramme de la main qui correspond à ce nombre au niveau de l'articulation IPD.

Pour une amputation ou une perte de mouvement du pouce, utilisez le diagramme du pouce.

3.7.2 AMPUTATIONS :

Une fois que vous avez déterminé le diagramme de la main approprié à utiliser, voici les étapes pour établir le taux d'amputation d'un doigt, d'un pouce ou d'une main :

1. Dessinez un diagramme de la main et indiquez les articulations MCP, IPP et IPD des doigts et les articulations CMC, MCP et IP du pouce

2. Dans tous les cas, travaillez de la phalange proximale à la phalange distale;
3. Au niveau des articulations MCP, attribuez les valeurs des articulations détériorées à l'aide du diagramme approprié de la main établi à l'article 3.7.1;
4. Passez aux articulations IPP, puis aux articulations IPD. De la même manière, attribuez les valeurs des articulations détériorées à l'aide du diagramme approprié de la main établi à l'article 3.7.1.
5. En cas d'amputation partielle d'une phalange, le taux de déficience correspond au pourcentage de la phalange touchée par une amputation, multiplié par le taux de déficience pour l'amputation de la phalange complète;
 - Par exemple, en cas de blessure à un seul doigt (et donc, l'utilisation du diagramme pour un seul doigt), une amputation de 50 % de la phalange distale de l'index correspondrait à 50 % du taux de déficience de 2 % de la phalange distale. Vous obtenez donc un taux de déficience de 1 %;
6. Additionnez les pourcentages pour chaque articulation de chaque doigt de la main détérioré, de l'articulation proximale à l'articulation distale. Inscrivez le total pour chaque doigt de la main.
7. Triez les taux pour les doigts de la main en ordre ascendant (du plus petit au plus grand). Combinez les taux individuels pour chaque doigt de la main utilisant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A).

3.7.3 PERTE DE MOUVEMENT :

Une fois que vous avez déterminé le diagramme de la main approprié à utiliser, voici les étapes pour établir le taux de perte de mouvement d'un doigt, d'un pouce ou d'une main :

1. Si une articulation est ankylosée dans une position non fonctionnelle et qu'une correction chirurgicale n'est pas possible, le taux de perte de mouvement actif et guidé du doigt peut être égal au taux d'amputation à cette articulation du doigt;
2. Si l'articulation est en position fonctionnelle, le taux de perte de mobilité correspondra, au maximum, à la moitié du taux d'amputation à ce niveau.
3. Dessinez un diagramme de la main et indiquez les articulations MCP, IPP et IPD des doigts et les articulations CMC, MCP et IP du pouce
4. Les diagrammes détaillés de la main servant aux amputations (voir le paragraphe 3.7.1) servent aussi pour la perte de mouvement guidé actif des doigts et du pouce.
5. Dans tous les cas, travaillez de la phalange proximale à la phalange distale;
6. Au niveau des articulations MCP, attribuez les valeurs des articulations détériorées à l'aide du diagramme approprié de la main établi à l'article 3.7.1;
7. Passez aux articulations IPP, puis aux articulations IPD. De la même manière, attribuez les valeurs des articulations détériorées à l'aide du diagramme approprié de la main établi à l'article 3.7.1.
8. Le taux de déficience pour perte de mouvement est proportionnel à l'importance de la perte de mouvement.
9. Additionnez les pourcentages pour chaque articulation de chaque doigt de la main détérioré, de l'articulation proximale à l'articulation distale. Inscrivez le total pour chaque doigt de la main.

10. Triez les taux pour les doigts de la main en ordre ascendant (du plus petit au plus grand). Combinez les taux individuels pour chaque doigt de la main utilisant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A).

Étape 1	Mesurez l'amplitude attendue des mouvements du doigt ou pouce controlatéral non atteint. Consignez l'information par échelons de 5°. Lorsque l'articulation symétrique est rendue anormale en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, consultez le tableau 3-9 pour établir l'amplitude attendue des mouvements avant de poursuivre avec les étapes ci-dessous
Étape 2	Déterminez l'amplitude mesurée des mouvements du doigt ou pouce atteint de blessure.
Étape 3	Déterminez la différence entre l'amplitude mesurée des mouvements et l'amplitude attendue des mouvements.
Étape 4	Si l'articulation du doigt ou du pouce est en position fonctionnelle, le taux de déficit de mobilité du doigt correspondra à la moitié de ce qui serait le taux d'amputation à ce niveau. Si l'articulation d'un doigt ou d'un pouce est ankylosée dans une position non fonctionnelle et qu'une correction chirurgicale n'est pas possible, le taux de perte d'amplitude des mouvements actifs et guidés peut être égal au taux d'amputation à cette articulation.
Étape 5	Le résultat est le taux d'IPP.

3.7.4 DOIGTS ET MAIN : AMPLITUDE ANTICIPÉE DU MOUVEMENT GUIDÉ ACTIF LORSQUE LA COMPARAISON SYMÉTRIQUE N'EST PAS POSSIBLE

Lorsque l'articulation symétrique est rendue anormale en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, l'amplitude attendue des mouvements est déterminée comme suit :

TABLEAU 3-9 – AMPLITUDE PARTIELLE DES MOUVEMENTS AVEC PERTE DE DOIGTS : AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS DES DOIGTS

<u>Doigt</u>	<u>Articulation métacarpo phalangienne (MCP)</u>	<u>Articulation interphalangienne proximale (IPP)</u>	<u>Articulation interphalangienne distale (IPD)</u>
Index	90°	100°	70°
Annulaire	90°	100°	70°
Majeur	90°	100°	70°
Auriculaire	90°	100°	70°

TABLEAU 3-10 – AMPLITUDE PARTIELLE DES MOUVEMENTS AVEC PERTE DE DOIGTS : AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS DU POUCE

<u>Pouce</u>	<u>Articulation carpométacarpienne (CMC)</u>	<u>Articulation métacarpophalangienne (MP)</u>	<u>Articulation interphalangienne (IP)</u>
Pouce	45°	60°	80°

3.7.5 EXEMPLE 1 : AMPUTATION DE DOIGTS

Les amputations suivantes sont notées :

Doigt de la main atteint de blessure	Niveau de déficience	Type de blessure
pouce	pas de blessure	Aucun
index	Articulations IPP et IPD	Amputation
majeur	Articulations MCP, IPP et IPD	Amputation
annulaire	pas de blessure	Aucun
auriculaire	pas de blessure	Aucun

Étape 1 : Voici les diagrammes de main appropriés à utiliser pour chaque articulation :

Articulations détériorées	Nombre d'articulations	Diagramme de la main à utiliser
Articulations MCP	1 (majeur)	Un seul doigt
Articulations IPP	2 (index + majeur)	Deux doigts
Articulations IPD :	2 (index + majeur)	Deux doigts
Pouce	Pas de blessure	s.o.

Étapes 2 et 3 : Dans les diagrammes de main appropriés, attribuez les valeurs en pourcentage à chaque doigt de la main détérioré, du proximal au distal, puis additionnez les valeurs en pourcentage de chaque doigt de la main détérioré. Inscrivez le total pour chaque doigt de la main.

Doigt de la main atteint de blessure	Niveau de déficience	Pourcentage de taux de déficience			Total
		Articulation MCP	Articulation IPP	Articulation IPD	
pouce	pas de blessure	–	–	–	–
index	Articulations IPP et IPD	–	3,0 %	3,0 %	6,0 % (valeur B)
majeur	Articulations MCP, IPP et IPD	0,8 %	2,4 %	2,4 %	5,6 % (valeur A)
annulaire	pas de blessure	–	–	–	–
auriculaire	pas de blessure	–	–	–	–

Étape 4 : Enfin, utilisez le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A) pour établir le taux de déficience total :

Valeur A	Valeur B	Méthode	Résultat
5,6 => arrondissez à 6,0 %	6,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	12,0 %
Calcul du taux global d'IPP			12,0 %

3.7.6 EXEMPLE 2 : AMPUTATION DU DOIGT ET PERTE DE MOUVEMENT

Les amputations et pertes de mouvement du doigt suivantes sont notées :

Doigt de la main	Niveau de déficience	Type de blessure
pouce	Phalange distale	Amputation à 25 %
index	Articulation MCP	Perte de mouvement (perte de 50 % de l'amplitude des mouvements au niveau de l'articulation MCP; aucune perte d'amplitude aux articulations IPP ou IPD)
majeur	les trois articulations	Amputation
annulaire	les trois articulations	Amputation
auriculaire	Articulation IPD	Amputation

Étape 1 : Voici les diagrammes de main appropriés à utiliser pour chaque articulation :

Articulations détériorées	Nombre d'articulations	Diagramme de la main à utiliser
Articulation MCP	3 (index + majeur + annulaire)	Trois doigts
Articulation IPP	3 (index + majeur + annulaire)	Trois doigts
Articulation IPD	4 (tous les doigts)	Quatre doigts
Pouce		Diagramme du pouce

Étapes 2 et 3 : Dans les diagrammes de main appropriés, attribuez les pourcentages à chaque doigt de la main (doigts et pouce) détérioré, puis déterminez le total pour chaque doigt et pour le pouce :

Doigt de la main	Niveau de déficience	Pourcentage de taux de déficience			Total
		Articulation CMC	Articulation MCP	Articulation IP (amputation à 25 %)	
pouce	Phalange distale	0	0	= 0,25 x 10 %	2,5 %

Doigt de la main	Niveau de déficience	Pourcentage de taux de déficience			Total
		Articulation MCP	Articulation IPP	Articulation IPD	
index	Articulation MCP (perte d'amplitude des mouvements)	Taux maximum pour la perte d'amplitude des mouvements = 1/2 du taux d'amputation ou 0,5 x 2 % = 1 % Pour une perte d'amplitude des mouvements de 50 %, le taux est donc 1/2 de 1 % = 0,5 %	0	0	0,5 %
majeur	Articulations MCP, IPP et IPD	1,6 % (diagramme de trois doigts)	3,2 % (diagramme de trois doigts)	4,0 % (diagramme de quatre doigts)	8,8 %
annulaire	Articulations MCP, IPP et IPD	1,2 % (diagramme de trois doigts)	2,4 % (diagramme de trois doigts)	3,0 % (diagramme de quatre doigts)	6,6 %
auriculaire	Articulations IPD	0	0	2,0 % (diagramme de quatre doigts)	2,0 %

Étape 4 : Enfin, triez les valeurs en ordre ascendant et combinez-les en utilisant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A) pour établir le taux de déficience total comme suit :

Calcul du taux global d'IPP			
Doigt de la main détérioré	Score	Méthode	Taux combiné
index	0,5 %	—	0,5 %
auriculaire	2,0 %	Règle de l'addition des valeurs	2,5 %
pouce	2,5 %	Règle de l'addition des valeurs	5,0 %
annulaire	6,6 % => arrondissez à 7,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	12,0 %
majeur	8,8 % => arrondissez à 9,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	20,0 %
Calcul du taux global d'IPP			20,0 %

3.7.7 AMPUTATIONS DE LA MAIN

Le taux de déficience pour la perte d'une main correspond à la valeur combinée des doigts, du pouce et des structures amputés de la main.

Par exemple, pour établir le taux pour une perte d'une phalange distale de la main au poignet, suivez le processus en quatre étapes ci-dessus (paragraphe 3.7.2), y compris les taux pour les articulations métacarpiennes, puis utilisez le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A).

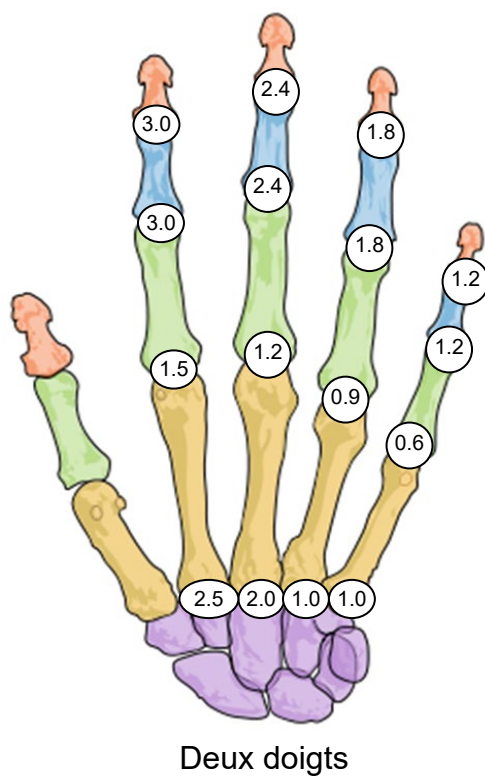
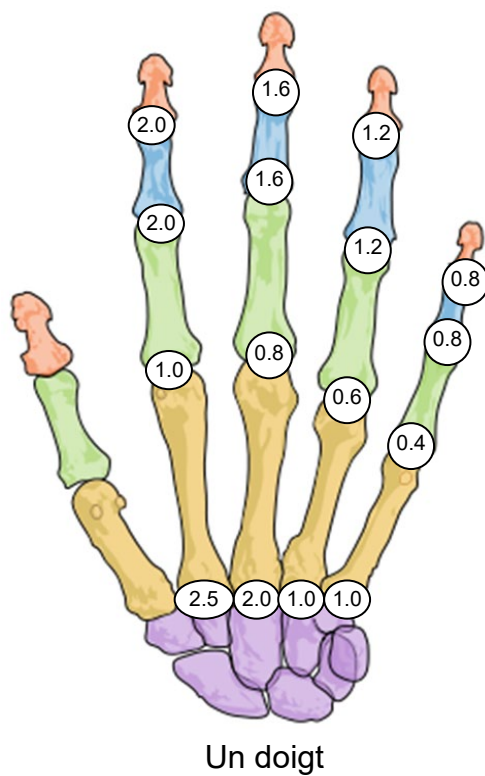
3.7.8 EXEMPLE 3 : AMPUTATION DE LA MAIN

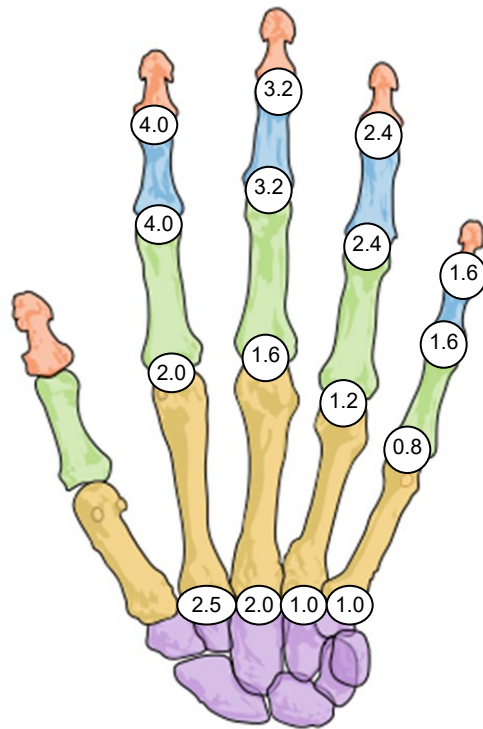
Si une main est amputée de la phalange distale jusqu'au poignet, il faut utiliser le diagramme des quatre doigts de la main et le diagramme du pouce. Ensuite, les taux de déficience de chaque articulation et des métacarpiens sont additionnés pour chaque doigt de la main.

Doigt de la main atteint de blessure	Niveau de déficience	Pourcentage de taux de déficience				Total
		Métacarpien	Articulation MCP	Articulation IPP	Articulation IPD	
pouce	Amputation	aucun	5 %	5 %	10 %	20,0 %
index	Amputation	2,5 %	2,5 %	5 %	5 %	15,0 %
majeur	Amputation	2,0 %	2 %	4 %	4 %	12,0 %
annulaire	Amputation	1,0 %	1,5 %	3 %	3 %	8,5 %
auriculaire	Amputation	1,0 %	1 %	2 %	2 %	6,0 %

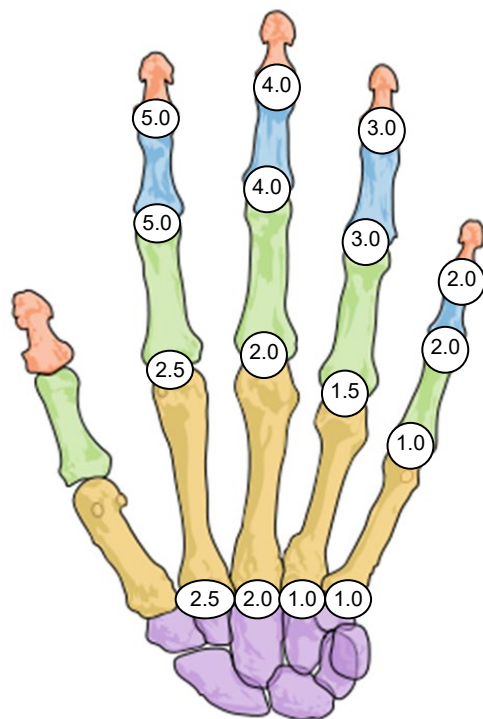
Enfin, triez les valeurs en ordre ascendant et combinez-les en utilisant le Diagramme des valeurs combinées (voir l'appendice A) pour établir le taux de déficience total comme suit :

Taux global d'IPP			
Doigt de la main détérioré	Score	Méthode	Taux combiné
auriculaire	6,0 %	–	6,0 %
annulaire	8,5 % => arrondissez à 9,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	14,0 %
majeur	12,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	24,0 %
Index	15,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	35,0 %
pouce	20,0 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	48,0 %
Taux global d'IPP			48 %

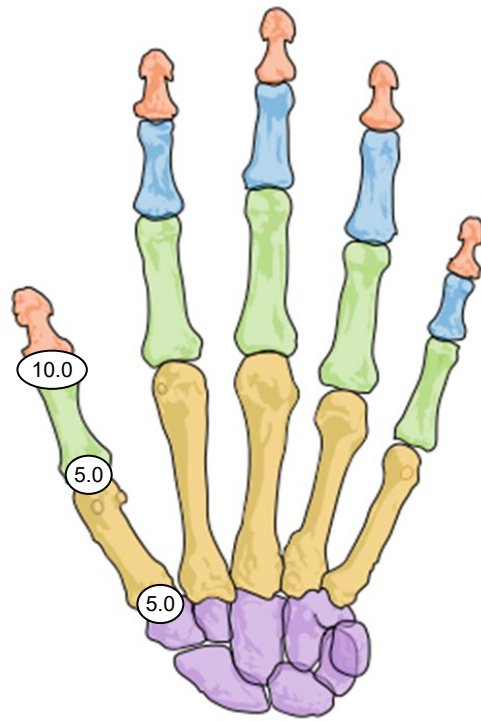




Trois doigts



Quatre doigts



Pouce

4. EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : DÉFICIENCE DE MOBILITÉ

4.1 EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : PERTE DE MOUVEMENT

La WCB déterminera le taux de déficience pour une perte d'amplitude des mouvements découlant d'une blessure directe ou d'une intervention chirurgicale connexe par un examen clinique ou par une évaluation des renseignements médicaux inclus au dossier, en fonction de la perte de mouvements guidés actifs des articulations touchées.

Pour mesurer le taux de perte de mouvements à l'aide du barème (un « taux mesuré »), la WCB doit être convaincue que la sensation à la fin de l'amplitude du meilleur mouvement guidé actif atteint était valide.

4.2 EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER L'AMPLITUDE DES MOUVEMENTS

4.2.1 MESURE

L'amplitude des mouvements actifs et guidés sera mesurée à l'échelon de 5 degrés le plus proche. Par exemple, une mesure de 60°, 61° ou 62° sera consignée comme une mesure de 60°; tandis qu'une mesure de 63°, 64° ou 65° sera consignée comme une mesure de 65°.

4.2.2 MÉTHODOLOGIE

TABEAU 4-1 – MÉTHODE POUR LES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

Étape 1	Mesurez l'amplitude attendue des mouvements du côté symétrique non atteint. Consignez la mesure à l'échelon de 5° le plus près. Lorsque le membre symétrique est rendu anormal en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, prière de consulter le paragraphe 4.5 pour établir l'amplitude attendue des mouvements avant de poursuivre avec les étapes ci-dessous.
Étape 2	Déterminez l'amplitude mesurée des mouvements du côté atteint de blessure. Consignez la mesure à l'échelon de 5° le plus près.
Étape 3	Déterminez la différence entre l'amplitude mesurée des mouvements et l'amplitude attendue des mouvements.
Étape 4	Multipliez la différence par le taux de déficience maximum pour le membre approprié, comme indiqué au paragraphe 4.3.
Étape 5	Le résultat est le taux d'IPP pour la perte d'amplitude des mouvements.

4.3 EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : TAUX DE DÉFICIENCE MAXIMUM

TABEAU 4-2 – TAUX DE DÉFICIENCE MAXIMUM DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

Partie du corps	Taux d'IPP
Hanche, ankylosée en position acceptable	30,0 %
Genou, ankylosé en position acceptable	25,0 %
Cheville, ankylosée en position acceptable	15,0 %
Gros orteil, ankylose aux deux articulations	2,5 %
Gros orteil, ankylose à l'articulation distale	0,5 %

4.4 EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : MULTIPLES BLESSURES – MÉTHODE POUR APPLIQUER UN FACTEUR D'AMPLIFICATION

Le taux d'IPP peut être majoré par un facteur d'amplification pour tenir compte de la perte fonctionnelle en raison de blessures aux structures symétriques; par exemple, aux deux yeux (vision), aux deux oreilles (audition), aux deux poignets, à plusieurs doigts ou aux deux genoux. Le résultat est appelé le taux d'amplification.

Un facteur d'amplification est appliqué au taux de déficience pour les blessures impliquant les deux yeux (vision), les deux oreilles (audition) et plusieurs doigts. Il n'existe aucun facteur d'amplification entre des blessures impliquant le pouce et les doigts.

Pour appliquer un facteur d'amplification en lien avec une blessure articulaire, les critères suivants doivent être respectés :

1. Une blessure acceptée par la WCB a détérioré une articulation du corps;
2. L'articulation symétrique est aussi détériorée; et
3. L'articulation symétrique détériorée a été acceptée par la WCB sous la même réclamation à la WCB ou sous une autre réclamation à la WCB du Manitoba.

Lorsque les critères ci-dessus sont respectés, le taux de déficience pour chaque articulation symétrique est établi individuellement, puis le taux de déficience symétrique inférieur est multiplié par un facteur d'amplification de 50 %.

Le taux d'amplification obtenu est alors **combiné** aux autres taux de déficience attribués à la blessure en milieu de travail comme suit :

- Si le membre symétrique détérioré découle de la même réclamation, le taux d'amplification est combiné aux autres taux établis pour la même réclamation; ou
- Si le membre symétrique détérioré découle d'une autre réclamation à la WCB du Manitoba, le taux d'amplification est combiné aux autres taux de déficience établis dans la réclamation à la WCB du Manitoba la plus récente.

4.5 EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : AMPLITUDE ANTICIPÉE DU MOUVEMENT LORSQUE LA COMPARAISON SYMÉTRIQUE N'EST PAS POSSIBLE

Lorsque l'articulation symétrique est rendue anormale en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante ou concomitante, l'amplitude attendue des mouvements est déterminée comme suit :

TABLEAU 4-3 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : HANCHE

<u>Hanche</u>	<u>Degrés d'amplitude des mouvements</u>
Flexion	100 ⁰
Extension	30 ⁰
Abduction	40 ⁰
Adduction	20 ⁰
Rotation interne	40 ⁰
Rotation externe	50 ⁰

TABLEAU 4-4 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : GENOU

<u>Genou</u>	<u>Degrés d'amplitude des mouvements</u>
Flexion	140 ⁰
Extension	0 ⁰

TABLEAU 4-5 – AMPLITUDE ATTENDUE DES MOUVEMENTS : CHEVILLE

<u>Cheville</u>	<u>Degrés d'amplitude des mouvements</u>
Flexion dorsale	20 ⁰
Flexion plantaire	40 ⁰
Inversion	30 ⁰
Éversion	20 ⁰

4.6 EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : DÉFICIENCE DÉCOULANT D'AUTRES BLESSURES

4.6.1 AMPUTATIONS

TABLEAU 4-6 – AMPUTATION DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

Partie du corps	Blessure	Taux d'IPP
Hanche	Désarticulation de la hanche ou moignon court nécessitant une prothèse avec emboîture à ischion	65,0 %
Cuisse	Cuisse, site d'élection	50,0 %
Genou	Amputation d'extrémité ou court moignon sous le genou qui n'est pas adapté aux prothèses tibiales traditionnelles	45,0 %
Jambe	Jambe, adaptée à une prothèse tibiale	35,0 %
Jambe	Jambe, à la cheville, adaptée à une prothèse d'extrémité	25,0 %
Pied	À travers le pied	10 à 25 %
Orteils	Tous les orteils, amputation totale	5,0 %
Orteil	Gros orteil, les deux phalanges	2,5 %
Orteil	Gros orteil, une phalange	1,0 %
Orteils	Orteils, autres que le gros orteil, chacun	0,5 %

Genou	Patellectomie avec dommages au fémur + greffe au tendon quadricipital (perte de 50 % de la fonction de l'articulation du genou)	15,0 %
Genou	Patellectomie sans réparation du tendon quadricipital nécessaire ou aucun dommage au fémur (perte de 30 % de la fonction de l'articulation du genou)	8,0 %

Un taux de déficience pour l'amputation comprend toute mutilation et toute perte de symétrie associées à la blessure.

4.6.2 INSTABILITÉ DU GENOU

<u>Partie du corps</u>	<u>Blessure</u>	<u>Taux d'IPP</u>
Genou	Instabilité qui n'entrave pas la fonction professionnelle ou récréative	1 %
Genou	Instabilité qui entrave la fonction professionnelle ou récréative	3 %
Genou	Instabilité qui limite en majeure partie la fonction professionnelle ou récréative	5 %

4.6.3 RACCOURCISSEMENT ANATOMIQUE DE LA JAMBE

Le raccourcissement de la jambe sera déterminé par la mesure de repères osseux ou par une évaluation radiologique.

TABEAU 4-7 – RACCOURCISSEMENT ANATOMIQUE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE : JAMBE

<u>Perte anatomique</u>	<u>Taux d'IPP</u>
2,5 cm (1 po)	1,5 %
4 cm (1,5 po)	3,0 %
5 cm (2 po)	6,0 %
7,5 cm (3 po)	15,0 %

4.6.4 DÉNERVATION

TABEAU 4-8 – DÉNERVATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE

<u>Partie du corps</u>	<u>Taux d'IPP</u>
Péronier proximal, totale	12,0 %

4.6.5 DÉFICIENCES VASCULAIRES

Toute déficience découlant d'une blessure vasculaire à une extrémité inférieure sera mesurée conformément aux *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association (Guides AMA).

5. COLONNE VERTÉBRALE

Les critères servant à déterminer le taux de déficience de la colonne vertébrale, que cette déficience découle d'une blessure directe ou d'une intervention chirurgicale connexe, impliquent la mesure de la mobilité rachidienne active et guidée. À cette fin, la colonne vertébrale est divisée en deux régions : cervicale et thoracolombaire.

Pour mesurer le taux de perte de mouvements à l'aide du barème (un « taux mesuré »), la WCB doit être convaincue que la sensation à la fin de l'amplitude du meilleur mouvement guidé actif atteint était valide.

Le taux de déficience pour perte de mobilité rachidienne partielle est :

- i. proportionnel à la mobilité perdue combinée pour la flexion rachidienne, l'extension, la flexion latérale et la rotation et comparée à l'amplitude des mouvements courante (voir le tableau 5-1 ci-dessous), multiplié par
- ii. le pourcentage des taux attribués pour l'immobilité complète (voir le tableau 5-3 ci-dessous).

TABLEAU 5-1 – COLONNE VERTÉBRALE : CERVICALE

<u>Région cervicale</u>	
Flexion avant	45 ⁰
Extension arrière	45 ⁰
Flexion latérale à droite	45 ⁰
Flexion latérale à gauche	45 ⁰
Rotation à droite	80 ⁰
Rotation à gauche	80 ⁰

TABLEAU 5-2 – COLONNE VERTÉBRALE : THORACIQUE ET LOMBAIRE

<u>Régions thoracique et lombaire combinées</u>	
Flexion avant	90 ⁰
Extension arrière	30 ⁰
Flexion latérale à droite	30 ⁰
Flexion latérale à gauche	30 ⁰
Rotation à droite	30 ⁰
Rotation à gauche	30 ⁰

TABLEAU 5-3 – COLONNE VERTÉBRALE : PERTE DE MOUVEMENT

<u>Perte de mobilité rachidienne</u>	
Perte totale de mobilité de la colonne complète	60,0 %
Perte totale de mobilité de la colonne cervicale	30,0 %
Perte totale de mobilité de la colonne thoracique et lombaire	30,0 %

6. RÉGION PELVIENNE

Il est possible d'attribuer un taux aux séquelles de fractures dans la région pelvienne (p. ex., rameau, ilium, os coxal, symphyse, sacrum, coccyx et acétabulum) qui entraînent une diminution de l'amplitude des mouvements, particulièrement au niveau de la hanche, en se fondant sur la perte relative de mobilité guidée et active de la hanche.

7. SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL

Consultez la section sur l'atteinte du système nerveux.

8. MÂCHOIRE

Les taux de déficience attribués aux blessures à l'articulation temporo-mandibulaire visent à tenir principalement compte de la perte de mobilité ou de fonction, mais peuvent inclure un certain degré de difformité esthétique.

TABLEAU 8-1 – MÂCHOIRE

Dérangement interne, articulation temporo-mandibulaire	jusqu'à 10,0 %
Perte de protrusion mandibulaire	2,0 %
Malocclusion (occlusion inadéquate), distraction transpalatine (DTP)	1,5 %

9. MUTILATION

Quand un travailleur fait l'objet d'une mutilation permanente en raison d'une blessure, la WCB peut déterminer que la mutilation constitue une déficience permanente pour laquelle le travailleur a droit à une prestation pour déficience.

La mutilation se définit comme une apparence modifiée ou anormale. Il peut s'agir d'une modification de la couleur, de la forme, de la structure ou d'une combinaison de celles-ci.

Le taux de mutilation est mesuré par la WCB et le degré de mutilation est déterminé de façon discrétionnaire. Dans les cas extrêmes, le taux maximum de mutilation est de 25 %. En général, le taux attribué pour une mutilation ira de 1 à 5 %.

Par souci d'uniformité et pour rendre les taux établis pour une mutilation aussi objectifs que possible, la WCB consultera le folio des taux de mutilation établis dans des dossiers antérieurs.

Il faut évaluer les contractures entraînant une perte d'amplitude des mouvements conformément aux articles sur les déficiences aux extrémités supérieures (partie 3) et sur les déficiences aux extrémités inférieures (partie 4).

10. APPAREIL REPRODUCTEUR ET URINAIRE

10.1 PERTE DE GONADES ET STÉRILITÉ

Le terme « gonade » fait référence à un testicule ou à un ovaire. La perte d'une gonade est considérée comme une mutilation dont le taux est de 2 %. Un taux de 10 % est attribué à la perte des deux gonades, ce qui comprend un taux d'amplification de 1 %, en plus d'un taux de 5 % attribué pour la perte de fertilité.

TABEAU 10-1 – APPAREIL REPRODUCTEUR ET URINAIRE

Perte d'une gonade	2,0 %
Perte d'une gonade et stérilité qui en découle (2 % et 5 %)	7,0 %
Perte de deux gonades et stérilité qui en découle (2 %, 2 %, 1 % et 5 %)	10 %
Traumatisme direct ou dommage neurologique entraînant l'impuissance (à la suite du rapport d'un urologue)	Jusqu'à 10 %
Perte d'un rein	10,0 %

11. SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET LYMPHATIQUE

TABEAU 11-1 – RATE

Perte de rate	1,0 %
---------------	-------

12. SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

TABEAU 12-1 – INTESTIN

Perte partielle de l'intestin	1,0 %
-------------------------------	-------

13. DÉFICIENCE DES SENS

13.1 SENS DE L'ODORAT

TABEAU 13-1 – ODORAT

Perte du sens de l'odorat (y compris l'atteinte du sens du goût)	2,5 %
--	-------

13.2 DÉFICIENCE VISUELLE

TABEAU 13-2 – DÉFICIENCE VISUELLE

Énucléation	18,0 %
Perte totale de la vision dans un œil	16,0 %
Cataracte (le taux de déficience sera établi en fonction de l'acuité visuelle à l'aide du barème de perte partielle de la vision)	12,0 %
Aphakie d'un œil (sans correction)	20,0 %
Aphakie double (sans correction)	
Aphakie et aphakie double – à la suite de l'implantation d'un cristallin artificiel ou d'une autre mesure corrective (le taux de déficience sera établi en fonction de l'acuité visuelle à l'aide du barème de perte partielle de la vision en accordant une considération à la perte d'accommodation oculaire)	% de la déficience, le cas échéant
Hémianopsie, champ droit	25,0 %
Hémianopsie, champ gauche	25,0 %
Hémianopsie bitemporale	30,0 %
Hémianopsie binasale	24,0 %
Diplopie, tous les champs	10,0 %
Scotome, en fonction de l'emplacement et de la portée jusqu'à	16,0 %

13.3 PERTE PARTIELLE DE LA VISION

TABEAU 13-3 – PERTE PARTIELLE DE LA VISION

20/30	0 %
20/40	1,0 %
20/50	2,0 %
20/60	4,0 %
20/80	6,0 %
20/100	8,0 %
20/200	14,0 %
Moins de 20/200	16,0 %
Remarque : <i>Essai de l'échelle de Snellen pour vérifier la distance de vue après la correction à l'aide de lentilles traditionnelles</i>	
Iridectomie avec vue corrigée	1,0 à 2,0 %
Sécheresse oculaire nécessitant des larmes artificielles	2,0 %

13.4 PERTE D'ACCOMMODATION OCULAIRE

TABEAU 13-4 – PERTE D'ACCOMMODATION OCULAIRE (JUSQU'À 5,0 %)

L'allocation d'invalidité pour couvrir la perte d'accommodation oculaire se fondera sur l'âge du demandeur. Cette rectification tient compte de la détérioration naturelle des yeux pour prendre en considération l'âge de la personne.	
40 ans ou moins	5,0 %
41 à 45	4,0 %
46 à 50	3,0 %
51 à 55	2,0 %
56 à 60	1,0 %

13.5 TABLEAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE LIÉE À LA PERTE DE LA VISION DANS UN ŒIL OU DANS LES DEUX YEUX, APRÈS CORRECTION

TABLEAU 13-5 – PERTE DE LA VISION

Perte de la vue dans un œil	16,0 %
Énucléation	18,0 %
Perte de la vue dans les deux yeux	100 %

TABLEAU 13-6 : ÉCHELLE SNELLEN

	20/30 6/9	20/40 6/12	20/50 6/15	20/60 6/18	20/80 6/24	20/100 6/30	20/200 6/60	20/400 6/120	Cécité
20/30 6/9	0	1	2	4	6	8	12	14	16
20/40 6/12	1	6,3	7,3	9,3	11,3	13,3	17,3	19,3	21,3
20/50 6/15	2	7,3	12,5	14,5	16,5	18,5	22,5	24,5	26,5
20/60 6/18	4	9,3	14,5	25	27	29	33	35	37
20/80 6/24	6	11,3	16,5	27	37,5	39,5	43,5	45,5	47,5
20/100 6/30	8	13,3	18,5	29	39,5	50	54	56	58
20/200 6/60	12	17,3	22,5	33	43,5	54	75	77	79
20/400 6/120	14	19,3	24,5	35	45,5	56	77	87,5	89,5
Cécité	16	21,3	26,5	37	47,5	58	79	89,5	100

La déficience permanente suivra toujours la correction visuelle par des lunettes. Si un œil est énucléé, ajoutez 2 % au degré de déficience permanente obtenue puisqu'un taux de 16 % est attribué à la perte d'un œil et un taux de 18 % est attribué à l'énucléation. Lorsqu'un demandeur borgne perd l'autre œil, le taux de déficience permanente sera de 100 %.

14. PERTE AUDITIVE

Voir le barème B.

15. MALADIE DE RAYNAUD (SYNDROME DU DOIGT MORT CAUSÉ PAR LA VIBRATION)

L'évaluation est effectuée par la WCB et un taux est établi selon le jugement en fonction de symptômes et de conclusions objectives, conformément aux directives de la WCB. Le tableau suivant présente un système de classement simple pour établir le pourcentage de déficience. Si l'état est bilatéral, il faut utiliser le tableau des valeurs combinées pour établir le taux de déficience total.

1.	Diagnostic confirmé de maladie de Raynaud. Aucune preuve clinique ni preuve obtenue par examen objectif d'occlusion artérielle avec le recours au test d'Allen, à la mesure de la pression systolique digitale ou à l'angiographie.	1 %
2.	Diagnostic confirmé de maladie de Raynaud grâce à une preuve clinique ou à une preuve obtenue par examen objectif d'occlusion artérielle avec le recours au test d'Allen, à la mesure de la pression systolique digitale ou à l'angiographie.	5 %
3.	Diagnostic confirmé de maladie de Raynaud de nature grave avec changements atrophiques aux doigts ou présence de gangrène. Le taux sera établi selon le jugement conformément à l'évaluation de la WCB en fonction du pourcentage de déficience de la main complète.	jusqu'à 50 %

16. SYSTÈME NERVEUX

La détermination d'une déficience se base sur des constatations cliniques montrant des lésions cérébrales ou à la moelle épinière ou des lésions au système nerveux périphérique autres que celles auxquelles un taux spécifique est attribué dans ce barème.

Les pourcentages de déficiences multiples sont combinés à l'aide du Diagramme des valeurs combinées et le taux de déficience résiduel total découlant d'une blessure particulière ne peut pas dépasser 100 %.

16.1 MOELLE ÉPINIÈRE – CERVEAU

TABLEAU 16-1 – MOELLE ÉPINIÈRE – CERVEAU

Quadriplégie	jusqu'à 100 %
Paraplégie	jusqu'à 100 %
Hémiplégie	jusqu'à 100 %
Syndrome de la queue de cheval	jusqu'à 25 %

Le taux d'une paraparésie ou d'une hémiparésie peut être établi en fonction des valeurs combinées des pertes fonctionnelles associées, conformément aux *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association (Guides AMA).

16.2 SYSTÈME NERVEUX : PRÉSENTATION ET DÉMARCHE

TABLEAU 16-2 – PRÉSENTATION ET DÉMARCHE

Capable de se tenir debout et de marcher, mais éprouve de la difficulté en élévation, dans les marches et sur les distances	5 à 15 %
Capable de se tenir debout, mais la marche est limitée aux surfaces planes	20 à 30 %
Capable de se tenir debout, mais incapable de marcher	35 à 45 %
Capable de se tenir debout difficilement et incapable de marcher	50 à 60 %
Incapable de se tenir debout sans aide ou prothèse	65 %

16.3 SYSTÈME NERVEUX : EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

TABLEAU 16-3 – SYSTÈME NERVEUX : EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

Peut se servir de ses extrémités pour l'hygiène personnelle, agripper et tenir des objets, mais éprouve de la difficulté avec la dextérité digitale	0 à 5 %
Perte complète de dextérité digitale	10 à 15 %
Peut se servir de ses extrémités difficilement	20 à 25 %
Ne peut pas se servir de ses extrémités	30 à 40 %

16.4 SYSTÈME NERVEUX : FONCTION DE L'APPAREIL URINAIRE

TABLEAU 16-4 – SYSTÈME NERVEUX : APPAREIL URINAIRE

Miction impérieuse détériorée	0 à 5 %
Bon réflexe urinaire et aucun contrôle volontaire	10 à 15 %
Aucun réflexe urinaire ni contrôle volontaire	20 à 30 %

16.5 SYSTÈME NERVEUX : FONCTION ANO-RECTALE

TABLEAU 16-5 – SYSTÈME NERVEUX : FONCTION ANO-RECTALE

Régulation du réflexe, mais aucun contrôle volontaire	5 à 10 %
Aucune régulation du réflexe ni contrôle volontaire	10 à 15 %

16.6 SYSTÈME NERVEUX : FONCTION SEXUELLE

TABLEAU 16-6 – SYSTÈME NERVEUX : FONCTION SEXUELLE

Stérilité	5 %
Impotence	Jusqu'à 10 %

16.7 SYSTÈME NERVEUX : VERTIGES POSTURAUX

TABLEAU 16-7 – SYSTÈME NERVEUX : VERTIGES POSTURAUX

jusqu'à 10 %

17. CERVEAU

17.1 SYNDROME CÉRÉBRAL ORGANIQUE

Les déficits peuvent comprendre les déficits d'orientation, la capacité de compréhension de concepts, la mémoire, le jugement et le processus décisionnel.

TABEAU 17-1 – SYNDROME CÉRÉBRAL ORGANIQUE

Déficiences de fonctions cérébrales complexes intégrées, capable de mener des activités de vie quotidienne	0 à 10 %
Capable de mener la plupart des activités de vie quotidienne difficilement	10 à 15 %
Capable de mener la plupart des activités de vie quotidienne, mais nécessite une certaine supervision ou direction	15 à 25 %
Capable de mener la plupart des activités de vie quotidienne avec une supervision continue	35 à 40 %
Activités limitées aux soins dirigés sous confinement	60 à 70 %
Incapable de prendre soin de soi, peu importe la situation	85 à 100 %

17.2 TROUBLES NEUROLOGIQUES ÉPISODIQUES (CRISES)

Les critères d'évaluation de troubles neurologiques comme la syncope et l'épilepsie se basent sur la fréquence, la gravité et la durée des crises et leur impact sur la tenue d'activités de vie quotidienne.

TABEAU 17-2 – CRISES

Légère gravité et contrôlées par des médicaments	0 à 5 %
Légère gravité et contrôlées de façon satisfaisante pour permettre d'effectuer la plupart des activités	5 à 10 %
Gravité et fréquence modérées, mais capable d'effectuer la majorité des activités	10 à 15 %
Gravité suffisante pour contrecarrer et limiter de nombreuses activités quotidiennes	20 à 30 %
Gravité et constance suffisantes pour limiter les activités aux situations supervisées ou protégées	50 à 70 %
Incapacité totale en matière d'activités de vie quotidienne	85 à 100 %

17.3 DÉNERVATION

TABLEAU 17-3 – DÉNERVATION

Péronier proximal, totale	12 %
Nerf médian, totale au coude	40 %
Nerf médian, totale au poignet	20 %
Nerf cubital, totale au coude	10 %
Nerf cubital, totale au poignet	8 %

17.4 SYNDROME DE HORNER

Ce syndrome est le résultat d'une interruption des voies du nerf sympathique du plexus brachial au niveau de la vertèbre C7 et présente les signes cliniques suivants :

- a) ptosis partiel (abaissement de la paupière supérieure)
- b) myosis (contraction de la pupille)
- c) anhidrose (manque de transpiration)
- d) énophtalmie apparente (dépression du globe oculaire dans l'orbite)

TABLEAU 17-4 – SYNDROME DE HORNER

1,0 %

18. INFARCTUS DU MYOCARDE – TAUX DE DÉFICIENCE

La WCB établira le taux de déficience pour une fonction cardiaque à la suite d'une blessure survenue en milieu de travail par un examen clinique ou par l'évaluation des renseignements médicaux disponibles au dossier, conformément aux paramètres suivants :

- Le paragraphe (non numéroté) intitulé « Methodology for Determining the Grade in an Impairment Class » (Méthodologie pour établir le degré dans une catégorie de déficience) aux pages 50 et 51 des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association (y compris le tableau 4-4 à la page 50);
- Le tableau suivant sur la classification des symptômes de patient :

TABLEAU 18-1 : CLASSIFICATION FONCTIONNELLE DES SYMPTÔMES DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

Catégorie	Symptômes du patient
I	Aucune limitation de l'activité physique. Une activité physique ordinaire n'entraîne pas une fatigue excessive, des palpitations, la dyspnée (essoufflement).
II	Légère limitation de l'activité physique. Confortable au repos. Une activité physique ordinaire entraîne de la fatigue, des palpitations, la dyspnée (essoufflement).
III	Limitation marquée de l'activité physique. Confortable au repos. Une activité physique à un niveau inférieur au niveau ordinaire entraîne de la fatigue, des palpitations ou la dyspnée.
IV	Incapable de mener toute activité physique sans inconfort. Symptômes d'insuffisance cardiaque au repos. Si toute activité physique est entreprise, l'inconfort augmente.
Remarque :	Reproduit avec l'autorisation de l'American Heart Association, inc., © 1994

- En ce qui concerne l'infarctus du myocarde, le tableau 18-2 suivant, intitulé « Critères pour établir le taux de déficience permanente causée par un infarctus du myocarde », adapté du tableau 4-7 de la page 59 des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association.

TABLEAU 18-2 : CRITÈRES POUR ÉTABLIR LE TAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE CAUSÉE PAR UN INFARCTUS DU MYOCARDE

Infarctus du myocarde					
CATÉGORIE	Catégorie 0	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
TAUX DE DÉFICIENCE GLOBALE DE LA PERSONNE (%) ^a	0	2 à 10 %	11 à 23 %	24 à 40 %	45 à 65 %
DEGRÉ DE GRAVITÉ (%)		2 4 6 8 10 (A B C D E) (Minime)	11 14 17 20 23 (A B C D E) (Légère)	24 28 32 36 40 (A B C D E) (Modérée)	45 50 55 60 65 (A B C D E) (Grave)
HISTORIQUE	Asymptomatique Pas de médicaments	Asymptomatique avec traitement continu ou symptômes légers et occasionnels d'IC avec traitement Catégorie I de la NYHA	Symptômes légers d'IC avec traitement ou symptômes modérés et intermittents d'IC avec traitement Catégorie II de la NYHA	Symptômes modérés d'IC avec traitement ou symptômes graves et intermittents d'IC avec traitement Catégorie III de la NYHA	Symptômes graves d'IC au repos ou décompensation d'IC avec traitement Catégorie IV de la NYHA
SIGNES PHYSIQUES ^b	Examen physique normal	Signes minimaux d'IC	Signes légers d'IC	Signes modérés d'IC	Signes graves d'IC
RÉSULTATS OBJECTIFS D'EXAMEN (Facteur clé)	FEV normal (FEV ≥ 55 %)	FVG minimalement détériorée (FEV 51 à 54 %)	FVG légèrement détériorée (FEV 41 à 50 %)	FVG modérément détériorée (FEV 30 à 40 %)	FVG gravement détériorée (FEV < 30 %)
Remarque : Définitions : • NYHA = New York Heart Association; • IC = insuffisance cardiaque; • FVG = fonction ventriculaire gauche; • FEV = fraction d'éjection ventriculaire. • DVJ = distension de la veine jugulaire. ^a Si les 3 facteurs sont de catégorie 4, le taux de déficience est de 65 %. ^b Par exemple, râles, DJV, B ₃ (troisième bruit) et œdème périphérique.					
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit et modifié avec l'autorisation.					

Tout fardeau du traitement associé avec une déficience de la fonction cardiaque est pris en compte dans le taux de déficience actuel et ne doit pas motiver l'établissement d'un taux de déficience additionnel.

19. MALADIES RESPIRATOIRES (MALADIES RESPIRATOIRES PROFESSIONNELLES) – TAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE

La WCB établira le taux de déficience pour une fonction respiratoire à la suite d'une blessure survenue en milieu de travail par un examen clinique ou par l'évaluation des renseignements médicaux disponibles au dossier, conformément aux paragraphes suivants des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association :

- Paragraphe 5.5, pages 86 et 87 (y compris le tableau 5-3 à la page 86);
- En ce qui concerne la dysfonction pulmonaire, le tableau 19-1 suivant, intitulé « Critères pour établir le taux de déficience permanente causée par une dysfonction pulmonaire », adapté du tableau 5-4 de la page 88 des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association.
- En ce qui concerne l'asthme professionnel, le tableau 19-2 suivant, intitulé « Classification de la déficience causée par la dyspnée », adapté du tableau 5-1 de la page 79 des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association;
- En ce qui concerne l'asthme professionnel, le tableau 19-3 suivant, intitulé « Critères pour établir le taux de déficience permanente causée par l'asthme », adapté du tableau 5-5 de la page 90 des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association;
- Paragraphe 5.11, pages 93 à 95;

TABLEAU 19-1 : CRITÈRES POUR ÉTABLIR LE TAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE CAUSÉE PAR UNE DYSFONCTION PULMONAIRE

Dysfonction pulmonaire ^a					
CATÉGORIE	Catégorie 0	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
TAUX DE DÉFICIENCE GLOBALE DE LA PERSONNE (%)	0	2 à 10 %	11 à 23 %	24 à 40 %	45 à 65 %
DEGRÉ DE GRAVITÉ (%)		2 4 6 8 10 (A B C D E) (Minime)	11 14 17 20 23 (A B C D E) (Légère)	24 28 32 36 40 (A B C D E) (Modérée)	45 50 55 60 65 (A B C D E) (Grave)
HISTORIQUE	Aucun symptôme actuel ou dyspnée intermittente ne nécessitant pas de traitement	Dyspnée contrôlée par un traitement intermittent ou continu ou dyspnée légère et intermittente en dépit d'un traitement continu	Dyspnée légère et constante en dépit d'un traitement continu ou dyspnée modérée et intermittente en dépit d'un traitement continu	Dyspnée modérée et constante en dépit d'un traitement continu ou dyspnée grave et intermittente en dépit d'un traitement continu	Dyspnée grave et constante en dépit d'un traitement continu ou dyspnée extrême et intermittente en dépit d'un traitement continu
SIGNES PHYSIQUES	Aucun signe actuel de la maladie	Absence de signes physiques avec un traitement continu ou signes physiques légers et intermittents	Signes physiques légers et constants en dépit d'un traitement continu ou signes physiques modérés et intermittents	Signes physiques modérés et constants en dépit d'un traitement continu ou signes physiques graves et intermittents	Signes physiques graves et constants en dépit d'un traitement continu ou signes physiques extrêmes et intermittents
RÉSULTATS OBJECTIFS D'EXAMEN (Facteur clé)					
CVF	CVF ≥ 80 % de la CVF prévue et	CVF entre 70 et 79 % de la CVF prévue ou	CVF entre 60 et 69 % de la CVF prévue ou	CVF entre 50 et 59 % de la CVF prévue ou	CVF inférieure à 50 % de la CVF prévue ou
VEMS ₁	VEMS ₁ ≥ 80 % du VEMS prévu et	VEMS ₁ entre 65 et 79 % du VEMS prévu ou	VEMS ₁ entre 64 et 55 % du VEMS prévu ou	VEMS ₁ entre 45 et 54 % du VEMS prévu ou	VEMS ₁ inférieur à 45 % du VEMS prévu ou
VEMS ₁ /CVF (%)	VEMS ₁ /FVC (%) > limites inférieures à la normale ou >75 % des limites prévues et	ou	ou	ou	ou
DLCO	DLCO ≥ 75 % de la DLCO prévue ou	DLCO entre 65 et 74 % de la DLCO prévue ou	DLCO entre 55 et 64 % de la DLCO prévue ou	DLCO entre 45 et 54 % de la DLCO prévue ou	DLCO inférieure à 45 % de la DLCO prévue ou
VO ₂ max	> 25 mL/(kg min) Ou > 7,1 MET	entre 22 et 25 mL/(kg min) ou 6,1 à 7,1 MET	entre 21 et 18 mL/kg min) ou 5,1 à 6,0 MET	entre 17 et 15 mL/(kg min) ou 4,3 à 5,0 MET	15 mL/(kg min) ou < 4,3 MET
Remarque : ^a CVF = capacité vitale forcée; VEMS ₁ = volume expiratoire maximal de la première seconde; DLCO = capacité de diffusion pulmonaire du monoxyde de carbone; VO ₂ max = consommation maximale d'oxygène; et MET = équivalents métaboliques (multiples de consommation d'oxygène au repos).					
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit et modifié avec l'autorisation.					

TABLEAU 19-2 : CLASSIFICATION DE LA DÉFICIENCE CAUSÉE PAR LA DYSPNÉE

Gravité ^a	Définition et questions
Légère	Devez-vous marcher plus lentement sur un terrain plat que les gens de votre âge en raison de l'essoufflement?
Modérée	Devez-vous vous arrêter pour reprendre votre souffle quand vous marchez à votre propre rythme sur un terrain plat?
Grave	Vous arrive-t-il de devoir vous arrêter pour reprendre votre souffle après avoir marché sur une distance de 90 mètres (100 verges) ou pendant quelques minutes sur un terrain plat?
Très grave	Êtes-vous trop essoufflé pour sortir de la maison ou êtes-vous essoufflé lorsque vous vous habillez ou vous déshabillez?
Remarque : ^a Le niveau d'activité et d'effort le plus faible auquel une personne est essoufflée indique la gravité de la dyspnée.	
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, 2014. Reproduit et modifié avec l'autorisation.	

TABLEAU 19-3 : CRITÈRES POUR ÉTABLIR LE TAUX DE DÉFICIENCE PERMANENTE CAUSÉE PAR L'ASTHME

Asthme					
CATÉGORIE	Catégorie 0	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
TAUX DE DÉFICIENCE GLOBALE DE LA PERSONNE (%)	0	2 à 10 %	11 à 23 %	24 à 40 %	45 à 65 %
DEGRÉ DE GRAVITÉ (%)		2 4 6 8 10 (A B C D E) (Minime)	11 14 17 20 23 (A B C D E) (Légère)	24 28 32 36 40 (A B C D E) (Modérée)	45 50 55 60 65 (A B C D E) (Grave)
PARAMÈTRES CLINIQUES (MÉDICATION MINIMUM REQUISE, FRÉQUENCE DES CRISES D'ASTHME, ETC.)	Aucune médication requise	Utilisation occasionnelle (non quotidienne) d'un bronchodilatateur	Faible dose quotidienne de corticostéroïde en inhalation (< 500 mcg par jour de bécloéthasone ou l'équivalent)	Dose moyenne quotidienne de corticostéroïde en inhalation de 500 à 1 000 mcg par jour ou prise de stéroïdes systémiques sur une courte période et utilisation d'un bronchodilatateur de longue durée d'action. Prise quotidienne de stéroïdes, systémiques et en inhalation, et utilisation quotidienne maximale de bronchodilatateurs	L'asthme n'est pas contrôlé par un traitement
POURCENTAGE MAXIMUM DE CVF, VEMS ₁ PRÉVU ^{a, b} APRÈS ADMINISTRATION D'UN BRONCHODILATEUR	> 80 %	70 à 80 %	60 à 69 %	50 à 59 %	< 50 %
RÉSULTATS OBJECTIFS D'EXAMEN – DEGRÉ D'HYPERREACTIVITÉ BRONCHIQUE PC ₂₀ mg/mL ^a	≤ 6	< 6 à > 3	3 à > 0,5	0,5 à 0,25	0,24 à 0,125
Remarque : ^a Le facteur « clé » PC ₂₀ indique et mesure le degré d'hyperreactivité bronchique. Sinon, le pourcentage prévu de VEMS ₁ après administration d'un bronchodilatateur sert de facteur clé. ^b Pourcentage de VEMS ₁ prévu après traitement par l'albutérol					
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit et modifié avec l'autorisation.					

Tout fardeau du traitement associé avec une déficience de la fonction respiratoire est pris en compte dans le taux de déficience actuel et ne doit pas motiver l'établissement d'un taux de déficience additionnel.

20. SANTÉ MENTALE – TAUX DE DÉFICIENCE

La WCB établira le taux de déficience pour une fonction psychologique à la suite d'un diagnostic de santé mentale accepté par la WCB par un examen clinique ou par l'évaluation des renseignements médicaux disponibles au dossier.

Le taux de déficience sera établi conformément aux échelles, méthodes, tableaux et pointages spécifiques indiqués au chapitre 14 – Mental and Behavioral Disorders (Troubles mentaux et du comportement) des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) de l'American Medical Association.

Voici les échelles utilisées pour établir un taux de déficience psychologique :

- Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (BPRS) – un outil pour évaluer la présence et la gravité des signes et symptômes d'une personne atteinte d'une maladie mentale.
- Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF) – un outil pour évaluer les symptômes globaux, la fonction professionnelle et la fonction sociale.
- Échelles d'évaluation des troubles psychiatriques (PIRS) – un système d'évaluation des domaines fonctionnels de personnes diagnostiquées avec un état psychologique.

La méthode pour déterminer le taux de déficience est décrite au paragraphe 20.2 ci-dessous.

Les tableaux à remplir durant chaque étape du processus d'établissement du taux de déficience sont énumérés au paragraphe 20.2 ci-dessous et reproduits aux paragraphes 20.3, 20.4, 20.5 et 20.6 ci-après.

20.1 POINTS DE BASE À CONSIDÉRER :

1. Un seul taux de déficience sera établi, que la personne ait reçu un ou plusieurs diagnostics de santé mentale.
2. En soi, un taux de déficience n'indique pas si une personne peut ou non travailler.
3. L'existence d'un trouble préexistant de santé mentale n'annulera pas le droit d'un travailleur blessé à un taux de déficience découlant d'un diagnostic de santé mentale accepté par la WCB.
4. Lors de l'évaluation d'une déficience associée à un trouble de santé mentale, l'examineur est tenu de déterminer quelle partie de la déficience découle du diagnostic de santé mentale accepté par la WCB et quelle partie est attribuable au trouble préexistant de santé mentale. Le travailleur est admissible à un taux de déficience fondé sur la différence entre le pointage total et le pointage attribué au trouble préexistant de santé mentale. La WCB attribuera un taux au trouble préexistant de santé mentale en fonction des meilleurs renseignements disponibles.
5. Lorsque cela est réalisable, la WCB attribuera un taux au trouble préexistant en fonction des barèmes joints à la politique 44.90.10 ou d'autres barèmes sur le taux de déficience; p. ex., les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association (« Guides AMA »). Si ce n'est pas possible, la WCB déterminera le taux du trouble préexistant comme suit :
 - i. Un trouble préexistant de santé mentale jugé mineur obtiendra un taux de déficience de 0 %;
 - ii. Un trouble préexistant de santé mentale jugé majeur (conformément à la définition ci-dessous) obtiendra un taux de déficience équivalant à 50 % du taux global de déficience en santé mentale.

Aux fins d'établir le taux de déficience, un trouble préexistant est considéré comme étant majeur si :

- i. La déficience actuelle de la fonction psychologique était/est fortement affectée par le trouble préexistant; ou
- ii. La WCB a établi que la blessure survenue en milieu de travail a empiré le trouble préexistant; ou
- iii. La WCB a établi que le trouble préexistant a contribué à la blessure en milieu de travail.

La présence d'un trouble concomitant sera traitée de la même manière qu'une condition préexistante aux fins d'établir l'IPP.

20.2 MÉTHODE :

Le taux de déficience en santé mentale de la WCB sera établi conformément aux paramètres suivants tirés des pages 357 à 360 des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (sixième édition, quatrième impression, octobre 2014) (Guides AMA) de l'American Medical Association :

Étape 1 : Remplissez l'Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique

- Remplissez le tableau 20-1 : Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (formulaire BPRS); puis,
- Déterminez le pointage BPRS à partir du tableau 20-2 : Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (formulaire BPRS).

Étape 2 : Remplissez l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement

- Remplissez le tableau 20-3 : Pointage de déficience à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF), puis déterminez le pointage à l'échelle GAF à partir du même tableau 20-3;

Étape 3 : Remplissez les échelles d'évaluation des troubles psychiatriques

- Remplissez les tableaux 20-4 à 20-9 inclusivement; puis,
- Dressez la liste des pointages aux tableaux ci-dessus en ordre ascendant; puis,
- Sélectionnez les deux pointages du milieu dans la liste ci-dessus et additionnez-les; puis,
- Déterminez le pointage de déficience à l'échelle PIRS (tableau 20-10).

Étape 4 : Déterminez le taux final de déficience en santé mentale

- Dressez la liste des pointages de déficience des échelles BPRS, GAF et PIRS au tableau 20-11; puis,
- Déterminez le pointage final en sélectionnant la valeur médiane des pointages de déficience aux échelles BPRS, GAF et PIRS.

20.3 ÉTAPE 1 : ÉCHELLES ABRÉGÉES D'APPRÉCIATION PSYCHIATRIQUE

TABLEAU 20-1 : ÉCHELLE ABRÉGÉE D'APPRÉCIATION PSYCHIATRIQUE (FORMULAIRE BPRS)

Formulaire BPRS ^a								
Composition des symptômes ^b		Pointage ^c						
1	Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
2	Anxiété	1	2	3	4	5	6	7
3	Dépression	1	2	3	4	5	6	7
4	Suicidabilité	1	2	3	4	5	6	7
5	Sentiment de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
6	Hostilité	1	2	3	4	5	6	7
7	Humeur euphorique	1	2	3	4	5	6	7
8	Grandiosité	1	2	3	4	5	6	7
9	Méfiance	1	2	3	4	5	6	7
10	Hallucinations	1	2	3	4	5	6	7
11	Pensées inhabituelles	1	2	3	4	5	6	7
12	Comportement inhabituel	1	2	3	4	5	6	7
13	Négligence de soi	1	2	3	4	5	6	7
14	Désorientation	1	2	3	4	5	6	7
15	Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
16	Émoussement affectif	1	2	3	4	5	6	7
17	Retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
18	Retard moteur	1	2	3	4	5	6	7
19	Tension	1	2	3	4	5	6	7
20	Non-coopération	1	2	3	4	5	6	7
21	Excitation	1	2	3	4	5	6	7
22	Distractibilité	1	2	3	4	5	6	7
23	Hyperactivité motrice	1	2	3	4	5	6	7
24	Maniérisme et attitude	1	2	3	4	5	6	7
a	Le BPRS fait référence à l'Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique							
b	Les éléments 1 à 14 sont évalués en fonction de l'autoévaluation de la personne.							
	À noter que les éléments 7, 12 et 13 sont également évalués par l'observation du comportement.							
	Les éléments 5 à 24 sont évalués en fonction de l'observation du comportement et des paroles de la personne. Additionnez le total des 24 éléments.							
c	Pointage :							
	1 – Absent	2 – Très léger						
	3 – Léger	4 – Modéré						
	5 – Modérément grave	6 – Grave						
	7 – Très grave							
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.								

TABLEAU 20-2 : POINTAGE DE DÉFICIENCE À L'ÉCHELLE ABRÉGÉE D'APPRÉCIATION PSYCHIATRIQUE (BPRS)

Pointage de déficience à l'Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (BPRS)	
Pointage additionné – BPRS	Pointage de déficience – BPRS
24 à 30	0 %
31 à 35	5 %
36 à 40	10 %
41 à 45	15 %
46 à 50	20 %
51 à 60	30 %
61 à 70	40 %
71 à 168	50 %
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

20.4 ÉTAPE 2 : ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT

TABLEAU 20-3 : POINTAGE DE DÉFICIENCE À L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT (GAF)

Pointage de déficience à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF)		
GAF	Description	Pointage de déficience – GAF
91 à 100	Absence de symptômes; niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités; n'est jamais débordé par les problèmes du quotidien; est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités	0 %
81 à 90	Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen); fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines; intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités; socialement efficace; satisfait de la vie en général; aucun problème ou préoccupation autres que les soucis du quotidien (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille)	0 %
71 à 80	Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress psychosociaux (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire)	0 %
61 à 70	Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol au sein du ménage), mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives	5 %
51 à 60	Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, circonlocution, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les collègues de travail)	10 %
41 à 50	Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols à l'étalage répétés) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi)	15 %

31 à 40	Présence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un adulte déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler)	20 %
21 à 30	Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapacité à fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée; absence de travail, de domicile ou d'amis)	30 %
11 à 20	Présence d'un certain danger d'agression de soi ou des autres (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou néglige parfois de maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme)	40 %
1 à 10	Danger persistant d'agression grave de soi ou des autres (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort	50 %
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.		

20.5 ÉTAPE 3 : ÉCHELLES D'ÉVALUATION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

TABLEAU 20-4 : HYGIÈNE ET SOINS PERSONNELS ET ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE

Hygiène et soins personnels et activités de vie quotidienne	
1	Aucun déficit ou déficit mineur attribuable à la variation normale de la population générale.
2	Déficiência légère. Capable de vivre de manière autonome; prend soin d'elle-même de manière adéquate, même si la personne peut parfois paraître négligée; saute parfois un repas ou dépend de plats à emporter.
3	Déficiência modérée. Ne peut vivre de manière autonome sans soutien régulier. La personne a besoin d'être encouragée à prendre une douche quotidienne et à porter des vêtements propres. Ne prépare pas ses repas et saute fréquemment des repas. Un membre de la famille ou un infirmier communautaire lui rend visite (ou devrait lui rendre visite) 2 à 3 fois par semaine pour garantir un niveau minimal d'hygiène et de nutrition.
4	Déficiência grave. Nécessite des soins en établissement supervisé.
5	Totalement handicapée. A besoin d'aide pour les fonctions de base, comme se nourrir et aller aux toilettes.
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

TABLEAU 20-5 : FONCTIONNEMENT ET ACTIVITÉS SOCIALES ET RÉCRÉATIVES

Fonctionnement et activités sociales et récréatives	
1	Aucun déficit ou déficit mineur attribuable à la variation normale de la population générale. Participe régulièrement à des activités sociales adaptées à son âge, son sexe et sa culture. La personne peut appartenir à des clubs ou associations et y être activement impliquée.
2	Déficiences légères. Participe occasionnellement à de tels événements sans avoir besoin d'une personne de confiance, mais ne s'implique pas activement (p. ex., danser, encourager son équipe favorite).
3	Déficiences modérées. Participe rarement à de tels événements, et surtout lorsqu'elle est invitée par sa famille ou un ami proche. Ne sort pas sans l'aide d'une personne de confiance. Ne participe pas activement, reste silencieuse et renfermée.
4	Déficiences graves. Ne quitte jamais son domicile. Tolère la compagnie d'un membre de sa famille ou d'un ami proche, mais change de pièce ou quittera le lieu lorsque d'autres personnes viennent rendre visite à sa famille ou à son colocataire.
5	Totalement handicapée. Ne supporte pas de vivre avec qui que ce soit, se sent extrêmement mal à l'aise lorsqu'un membre de la famille proche lui rend visite.
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

TABLEAU 20-6 : DÉPLACEMENT

Déplacement	
1	Aucun déficit ou déficit mineur attribuable à la variation normale de la population générale. Peut se déplacer dans de nouveaux environnements sans supervision.
2	Déficiences légères. Peut se déplacer sans personne de confiance, mais uniquement dans une zone familière comme les magasins de proximité ou rendre visite à un voisin.
3	Déficiences modérées. Ne peut pas se déplacer hors de son domicile sans personne de confiance. Les problèmes peuvent être dus à une anxiété excessive ou à une déficience cognitive.
4	Déficiences graves. Trouve extrêmement inconfortable de quitter son domicile, même en présence d'une personne de confiance.
5	Totalement handicapée. Peut nécessiter la surveillance de deux personnes ou plus lors d'un déplacement.
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

TABLEAU 20-7 : RELATIONS INTERPERSONNELLES

Relations interpersonnelles	
1	Aucun déficit ou déficit mineur attribuable à la variation normale de la population générale. Aucune difficulté à former et à entretenir des relations (p. ex., un partenaire, des amitiés proches qui durent des années).
2	Déficiences légères. Relations existantes tendues. Tensions et disputes avec le partenaire ou un membre de la famille proche, perte de certains liens d'amitié.
3	Déficiences modérées. Relations antérieures très tendues, mises en évidence par des périodes de séparation ou de violence conjugale. Conjoint, membre de la famille ou services communautaires s'occupant des enfants.
4	Déficiences graves. Incapacité à nouer ou à entretenir des relations durables. Fin des relations préexistantes (p. ex., perte d'un partenaire, d'amis proches). Incapacité à prendre soin de personnes à charge (p. ex., propres enfants, parent âgé).
5	Totalement handicapée. Incapable de fonctionner en société. Vivant loin des zones peuplées, évitant activement tout contact social.
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

TABLEAU 20-8 : CONCENTRATION, PERSÉVÉRANCE ET RYTHME

Concentration, persévérance et rythme	
1	Aucun déficit ou déficit mineur attribuable à la variation normale de la population générale.
2	Déficiência légère. Peut entreprendre un cours de recyclage de base ou un cours de formation standard à un rythme plus lent. Peut se concentrer sur des tâches intellectuellement exigeantes pendant des périodes allant jusqu'à 30 minutes avant de ressentir de la fatigue ou des maux de tête.
3	Déficiência modérée. Incapable de lire autre chose que des articles de journaux. Difficulté à suivre des instructions complexes.
4	Déficiência grave. Ne peut lire que quelques lignes avant de perdre sa concentration. Difficultés à suivre des instructions simples. Déficiences de concentration évidents, même lors d'une brève conversation. Incapacité à vivre seul ou besoin d'une assistance régulière de la part des membres de sa famille ou des services sociaux.
5	Totalement handicapée. Nécessite une surveillance et une assistance constantes dans un cadre institutionnel.
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

TABLEAU 20-9 : RÉSILIENCE ET EMPLOYABILITÉ

Résilience et employabilité	
1	Aucun déficit ou déficit mineur attribuable à la variation normale de la population générale. Apte à travailler à temps plein. Les tâches et le rendement sont conformes à la formation du travailleur blessé. La personne est capable de faire face aux exigences normales de son emploi.
2	Déficiência légère. Capacité à travailler à temps plein, mais avec certaines modifications ou à travailler au même poste, mais avec un nombre d'heures hebdomadaires réduit.
3	Déficiência modérée. Impossible de travailler au même poste. Peut-être apte à travailler à un poste moins stressant.
4	Déficiência grave. Incapacité d'occuper n'importe quel poste pendant de longues périodes.
5	Totalement handicapée. Ne peut pas travailler du tout.
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

TABLEAU 20-10 : POINTAGE DE DÉFICIENCE AUX ÉCHELLES D'ÉVALUATION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES (PIRS)

Pointage de déficience aux Échelles d'évaluation des troubles psychiatriques (PIRS)	
Somme des pointages médians aux échelles PIRS	Pointage de déficience aux échelles PIRS
2	0 %
3	5 %
4	10 %
5	15 %
6	20 %
7	30 %
8	40 %
9 à 10	50 %
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

20.6 ÉTAPE 4 : DÉTERMINER LE TAUX FINAL DE DÉFICIENCE EN SANTÉ MENTALE

TABLEAU 20-11 : TAUX FINAL DE DÉFICIENCE EN SANTÉ MENTALE

Dressez la liste des pointages de déficience aux échelles BPRS, GAF et PIRS, puis déterminez le taux final	
En fonction des résultats obtenus aux étapes 1 à 3, inscrivez les pointages de déficience aux échelles BPRS, GAF et PIRS dans les espaces prévus à cet effet ci-dessous.	
Pointage de déficience – BPRS	
Pointage de déficience – GAF	
Pointage de déficience aux échelles PIRS	
Valeur MÉDIANE = taux final	
Le taux final de déficience en santé mentale correspond à la valeur médiane des pointages de déficience aux échelles BPRS, GAF et PIRS.	
© American Medical Association, <i>AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , sixième édition, Chicago (Illinois), 2014, tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation.	

21. APPENDICE A – DIAGRAMME DES VALEURS COMBINÉES

Voici la démarche à suivre pour combiner les valeurs de plusieurs taux de déficience :

Premièrement, appliquez la règle de l'addition des valeurs qui suit : • trie les valeurs en ordre ascendant; • additionnez les valeurs inférieures à 5,0 %, sans les arrondir, jusqu'à ce que la somme de 5,0 soit atteinte; • une fois la somme de 5,0 atteinte ou dépassée, combinez le résultat aux valeurs restantes, conformément aux instructions suivantes.
Deuxièmement, arrondissez les valeurs comme suit : • trie les valeurs en ordre ascendant (y compris le résultat de la règle de l'addition des valeurs); • arrondissez les valeurs supérieures à 5,0 % (y compris le résultat de la règle de l'addition des valeurs) au prochain nombre entier.
Troisièmement, utilisez le Diagramme des valeurs combinées comme suit : • Pour combiner deux valeurs de déficience : ○ repérez la plus grande valeur sur l'axe vertical et la plus petite valeur sur l'axe horizontal; ○ La valeur à l'intersection de la rangée et de la colonne constitue la valeur combinée. • Pour combiner trois valeurs de déficience ou plus : ○ sélectionnez les deux premières valeurs et trouvez leur valeur combinée; ○ utilisez le résultat ci-dessus et la troisième valeur pour trouver la valeur combinée des trois valeurs; ○ répétez cette démarche jusqu'à ce que la valeur finale représente la combinaison de toutes les valeurs à combiner; ○ à toutes les étapes de cette démarche, la valeur supérieure doit être repérée sur le côté du diagramme (axe vertical).

21.1 EXEMPLE 1 : DIAGRAMME DES VALEURS COMBINÉES

Pour combiner les taux 1,2 %, 6,2 %, 1,8 %, 8,6 % et 2,3 % :

Commencez par trier les valeurs en ordre ascendant.

Partie du corps détériorée	Taux – triés en ordre ascendant
Cheville	1,2 %,
Genou	1,8 %,
Coude	2,3 %
Épaule	6,2 %
Main	8,6 %

Additionnez ensuite les valeurs inférieures à 5,0 % jusqu'à ce que la somme de 5,0 soit atteinte ou dépassée :

Valeur A	Valeur B	Méthode	Résultat	Remarques
1,2 %	1,8 %	1,2 + 1,8	3,0 %	Règle de l'addition des valeurs
3,0 %	2,3 %	3,0 + 2,3	5,3 %	Règle de l'addition des valeurs
5,3 %	s.o.	s.o.	5,3 %	Fin de la règle : la valeur de 5,0 est atteinte ou dépassée.

Triez le résultat de la règle de l'addition des valeurs et les valeurs restantes en ordre ascendant. Arrondissez les valeurs supérieures au prochain nombre entier.

Taux	Valeur arrondie
5,3 %	5,0 %
6,2 %	6,0 %
9,6 %	10,0 %

Insérez les valeurs dans le Diagramme des valeurs combinées (en repérant la plus grande valeur sur l'axe vertical) et déterminez le résultat à chaque étape :

Valeur A	Valeur B	Méthode	Résultat	Remarques
6 %	5 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	11 %	Diagramme des valeurs combinées
11 %	10 %	Utilisez le Diagramme des valeurs combinées	20 %	Diagramme des valeurs combinées
Taux de déficience total		20 %		

Répétez cette démarche jusqu'à ce que toutes les valeurs soient combinées. La valeur finale de chaque étape représente la combinaison de tous les taux antérieurs.

Prière de consulter le Diagramme des valeurs combinées dans les trois pages suivantes.

[illegible]

[illegible]

22. APPENDICE B – INDEX DES TABLEAUX

Tableau 3-1 – Méthode de mesure de l'amplitude des mouvements des extrémités supérieures.....	5
Tableau 3-2 – Taux de déficience maximum des extrémités supérieures.....	6
Tableau 3-3 – Amplitude attendue des mouvements : épaule	8
Tableau 3-4 – Amplitude attendue des mouvements : coude.....	8
Tableau 3-5 – Amplitude attendue des mouvements : avant-bras.....	8
Tableau 3-6 – Amplitude attendue des mouvements : poignet	8
Tableau 3-7 – Extrémités supérieures : amputations.....	9
Tableau 3-8 – Extrémités supérieures : dénervation.....	9
Tableau 3-9 – Amplitude partielle des mouvements avec perte de doigts : amplitude attendue des mouvements des doigts.....	12
Tableau 3-10 – Amplitude partielle des mouvements avec perte de doigts : amplitude attendue des mouvements du pouce.....	12
Tableau 4-1 – Méthode pour les extrémités inférieures.....	20
Tableau 4-2 – Taux de déficience maximum des extrémités inférieures.....	21
Tableau 4-3 – Amplitude attendue des mouvements : hanche	22
Tableau 4-4 – Amplitude attendue des mouvements : genou	22
Tableau 4-5 – Amplitude attendue des mouvements : cheville	22
Tableau 4-6 – Amputation des extrémités inférieures.....	23
Tableau 4-7 – Raccourcissement anatomique de l'extrémité inférieure : jambe.....	24
Tableau 4-8 – Dénervation de l'extrémité inférieure	24
Tableau 5-1 – Colonne vertébrale : cervicale.....	25
Tableau 5-2 – Colonne vertébrale : thoracique et lombaire.....	25
Tableau 5-3 – Colonne vertébrale : perte de mouvement.....	25
Tableau 8-1 – Mâchoire	26
Tableau 10-1 – Appareil reproducteur et urinaire	27
Tableau 11-1 – Rate	27
Tableau 12-1 – Intestin.....	28
Tableau 13-1 – Odorat	28
Tableau 13-2 – Déficience visuelle.....	28
Tableau 13-3 – Perte partielle de la vision.....	29
Tableau 13-4 – Perte d'accommodation oculaire (jusqu'à 5,0 %)	29
Tableau 13-5 – Perte de la vision.....	30
Tableau 13-6 : Échelle Snellen.....	30
Tableau 16-1 – Moelle épinière – Cerveau.....	31
Tableau 16-2 – Présentation et démarche	32
Tableau 16-3 – Système nerveux : extrémités supérieures	32
Tableau 16-4 – Système nerveux : appareil urinaire	32

Tableau 16-5 – Système nerveux : fonction ano-rectale.....	32
Tableau 16-6 – Système nerveux : fonction sexuelle	33
Tableau 16-7 – Système nerveux : vertiges posturaux	33
Tableau 17-1 – Syndrome cérébral organique	34
Tableau 17-2 – Crises	34
Tableau 17-3 – Dénervation	35
Tableau 17-4 – Syndrome de Horner	35
Tableau 18-1 : Classification fonctionnelle des symptômes de la New York Heart Association (NYHA).....	36
Tableau 18-2 : Critères pour établir le taux de déficience permanente causée par un infarctus du myocarde	37
Tableau 19-1 : Critères pour établir le taux de déficience permanente causée par une dysfonction pulmonaire	39
Tableau 19-2 : Classification de la déficience causée par la dyspnée.....	40
Tableau 19-3 : Critères pour établir le taux de déficience permanente causée par l'asthme.....	41
Tableau 20-1 : Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (formulaire BPRS).....	46
Tableau 20-2 : Pointage de déficience à l'Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (BPRS)	47
Tableau 20-3 : Pointage de déficience à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF)	48
Tableau 20-4 : Hygiène et soins personnels et activités de vie quotidienne	50
Tableau 20-5 : Fonctionnement et activités sociales et récréatives.....	51
Tableau 20-6 : Déplacement.....	52
Tableau 20-7 : Relations interpersonnelles.....	53
Tableau 20-8 : Concentration, persévérance et rythme.....	54
Tableau 20-9 : Résilience et employabilité	54
Tableau 20-10 : Pointage de déficience aux Échelles d'évaluation des troubles psychiatriques (PIRS).....	55
Tableau 20-11 : Taux final de déficience en santé mentale	56